Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa

5

Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia



HIMPUNAN PSIKOLOGI INDONESIA

Didukung oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Kesehatan Jiwa dan NAPZA Kemenkes RI


HIMPSI

Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa **5**

Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia



HIMPUNAN PSIKOLOGI INDONESIA

Didukung oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Kesehatan Jiwa dan NAPZA Kemenkes RI

Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia
(Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa 5)

ISBN 978-623-95917-0-0

Editor:

- Tjipto Susana
- A. Supratiknya
- Juneman Abraham
- Rahkman Ardi

Perpustakaan Nasional RI. Data Katalog dalam Terbitan (KDT)
Kesehatan jiwa dan resolusi pascapandemi di Indonesia / penulis, Iwan W. Widayat ... [et al.] ; editor, Tjipto Susana ... [et al.].
-- Jakarta : Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI), 2021.
hlm.: xxxii + 780 ; 17x25 cm. -- (Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa; 5)
ISBN 978-623-95917-0-0

1. Psikologi... I. A. Supratiknya. II. Seri.

Perwajahan sampul dan tata letak: Bivita Brata Prabawa Riko

Cetakan Pertama, Februari 2021.
Penerbit:



Himpunan Psikologi Indonesia
Jl. Kebayoran Baru No. 85 B
Kebayoran Lama, Velbak
Jakarta 12240 Indonesia
Telp./Fax. 021-72801625
Website: himpsi.or.id
Email: sekretariatpp_himpsi@yahoo.co.id, sekretariat.pp@himpsi.or.id

Sambutan Ketua Umum HIMPSI

Di awal pandemi Covid-19 melanda dunia, presiden American Psychological Association (APA) menyatakan bahwa krisis kesehatan yang disebabkan oleh virus Covid-19 dapat menyebabkan krisis kesehatan jiwa. Persoalan potensial berupa krisis kesehatan jiwa tersebut harus mendapatkan perhatian yang serius, sehingga sejak awal dapat ditanggulangi agar bila persoalan terjadi dampaknya tidak terlalu besar. HIMPSI dengan seluruh perangkat organisasinya dari pusat ke wilayah dan bersama asosiasi/ikatan memberikan respon yang sangat baik atas persoalan tersebut. Terbukti HIMPSI mendapatkan penilaian terbaik dari organisasi Psikologi dunia, yaitu International Union of Psychological Sciences (IUPsyS) sebagai organisasi profesi Psikologi di dunia yang memberikan respon di pandemi Covid-19.

HIMPSI, dengan dukungan dari pemerintah pusat melalui Kantor Staf Presiden, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Komunikasi dan Informasi, PT. Telkom Indonesia, dan juga PT. Infomedia Nusantara, membuat layanan Sejiwa untuk melayani masyarakat yang membutuhkan bantuan psikologis awal di *call center* 119 ext 8. HIMPSI Wilayah dan asosiasi/ikatan yang berada di dalam HIMPSI memberikan layanan konseling yang telah mencakup seluruh wilayah di Indonesia. Pelayanan sebagian besar menggunakan layanan daring dan juga sebagian kecil secara langsung dengan tetap mengikuti protokol kesehatan. Psikoedukasi untuk menjaga kesehatan jiwa juga dibuat dan telah dibagikan melalui berbagai media sosial serta situs HIMPSI.

Atas dasar pentingnya kesehatan jiwa dan semakin penting untuk mendapatkan perhatian di masa pandemi Covid-19 dan bahkan juga setelahnya, maka Pengurus Pusat HIMPSI mengambil tema kesehatan jiwa untuk terbitan Seri ke-5 buku Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa. Seperti buku seri sebelumnya, buku Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa ini ditujukan untuk menghimpun pemikiran para ahli Psikologi dan ahli lain yang kami undang agar buku ini dapat menjadi referensi bagi pengambil kebijakan

dalam membuat keputusan terkait kesehatan jiwa dan juga menjadi referensi bagi insan akademisi untuk termotivasi melakukan kajian-kajian dan riset yang bermanfaat untuk peningkatan kesehatan jiwa masyarakat Indonesia.

Apresiasi dan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kami sampaikan kepada 38 penulis yang telah menulis 27 artikel untuk memberikan sumbangan pemikirannya dalam buku ini. Apresiasi dan ucapan terimakasih juga kami sampaikan kepada Tim Editor yang terdiri dari A. Supratiknya, Tjipto Susana, Rahkman Ardi, dan Juneman Abraham yang telah bekerja keras untuk merealisasikan buku seri ke-5 ini.

Kami berharap buku ini dapat menginspirasi para pengambil kebijakan publik dan berbagai pihak manapun dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat Indonesia. Kami juga berharap pimpinan penyelenggara pendidikan tinggi Psikologi di Indonesia, baik itu Dekan atau Ketua Program Studi, untuk dapat menggunakan Buku Seri terbitan HIMPSI ini sebagai salah satu buku referensi mata kuliah. Dengan demikian, pemikiran yang disampaikan dalam Buku Seri ini dapat dimanfaatkan oleh mahasiswa dan suatu saat pemikirannya akan berkembang untuk menyelesaikan berbagai persoalan bangsa. Terakhir, kami menyampaikan selamat membaca Seri ke-5 buku Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa yang telah terbit ini. Selamat menikmati buku yang sarat dengan pengetahuan dan menginspirasi ini.

HIMPSI Berkarya untuk Bangsa
Jakarta, 17 Januari 2021

Dr. Seger Handoyo, Psikolog
Ketua Umum



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Executive Note



Dua belas tahun yang lalu, di Jakarta, terselenggara sebuah Rangkaian Kuliah dan Diskusi Meja Bundar (*Lecture Series and Round Table Discussion*) dalam bidang kesehatan jiwa, yang bertajuk "*The Demand on Social Learning*" (Seruan untuk Belajar Sosial). Dalam diskusi yang dihadiri oleh berbagai profesi dan pekerja terkait kesehatan jiwa (psikolog, psikiater, pekerja sosial, sampai dengan relawan kesehatan jiwa, jurnalis, peneliti, penulis, dan filsuf), dibicarakan berbagai permasalahan psikososial yang melanda di Indonesia, dengan berbagai modal sosial dan sistem dukungan sosial *(social support system)* yang tersedia, baik formal maupun informal, berbagai rencana aksi strategis untuk mengelola dan menanggulangi persoalan kesehatan jiwa. Sesuai tajuknya, kegiatan ini menyimpulkan perlunya membuat "agenda pembelajaran bersama" pada berbagai tingkat di masyarakat kita.

Sebuah ungkapan dalam bahasa Inggris menyatakan, *"History repeats itself... The more things change, the more they stay the same"*, ungkapan ini terngiang di telinga saya ketika saya membaca pernyataan Direktur WHO, Tedros A. Ghebreyesus, bahwa dunia perlu belajar dari pandemi. Beliau menyatakan, "Untuk waktu yang lama, dunia berfungsi dalam siklus kepanikan dan kelalaian. Kita membuang uang pada sebuah wabah, dan ketika itu berakhir,

Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9 Kuningan Jakarta 12950, Indonesia
Telepon/Fax : 62-21 5210591 Email : tu.menkesri@yahoo.com

kita melupakannya dan tidak melakukan apa pun untuk mencegah yang lain." Pernyataan ini seakan menggemakan kembali seruan untuk mengagendakan pembelajaran satu sama Iain yang telah terkumandangkan lebih dari satu dasawarsa yang lalu. Akhir-akhir ini, terdapat pula seruan agar para pemroduksi vaksin juga saling belajar untuk saling berbagi ilmu, teknologi, dan pengetahuan di balik vaksin masing-masing, agar produksi vaksin memadai untuk seluruh dunia sehingga melengkapi protokol kesehatan 3M, setiap orang selamat.

Saya melihat bahwa semangat untuk saling belajar dan membelajarkan inilah yang merupakan keistimewaan dari buku ini. Spirit itu tercermin dalam kata 'resolusi' pada judulnya, *"Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di lndonesia"*. Resolusi dalam judul ini saya maknai sebagai ketetapan hati untuk menegakkan berbagai rencana menuju situasi kesehatan jiwa di Indonesia yang semakin baik, di mana masalah kesehatan jiwa juga menjadi masalah yang banyak berhubungan dengan masalah sosial, ekonomi, dan hak asasi manusia.

Untuk itu, saya sebagai Menteri Kesehatan Republik Indonesia mengucapkan selamat kepada Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) atas peluncuran buku ini, yang merupakan Seri Ke-5 dari Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa. Buku ini bermakna sebagai bagian dari pengembangan pengetahuan tentang kesehatan jiwa. Saya yakin kontribusi dari seluruh pihak dapat menyelesaikan persoalan kesehatan jiwa di Indonesia, bekerja sama dan berkolaborasi mengimplementasikan isu-isu strategis dan pengembangan sistem dalam upaya kesehatan jiwa.

Juni 2021
Menteri Kesehatan,

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Budi G. Sadikin

Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia

Pengantar Editor

Sebelum Covid-19 ditetapkan sebagai pandemi oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tanggal 11 Maret 2020 (Sebayang, 2020) karena sudah menyebar ke 114 negara dan ditetapkan sebagai status darurat nasional di Indonesia oleh Presiden Joko Widodo pada tanggal 31 Maret 2020 (Bayu, 2020), sebenarnya dunia sedang berjuang menghadapi beban global gangguan jiwa. Di negara-negara sedang berkembang, penyakit tidak menular seperti gangguan jiwa dan penyakit jantung, akan mengambil alih kedudukan penyakit infeksi dan kekurangan gizi sebagai penyakit yang menyebabkan kematian (Saleh, 2018). Pada tahun 2020, kematian akibat penyakit tidak menular diprediksi meningkat menjadi satu di antara 10 kematian, dibandingkan 30 tahun sebelumnya. Diestimasikan kematian karena penyakit tidak menular akan meningkat 77%, yaitu dari 28,1 juta per tahun di tahun 1990 menjadi 49,7 juta di tahun 2020 (Murray & Lopez, 1996).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2017a) menyatakan bahwa depresi dan kecemasan merupakan gangguan jiwa umum yang prevalensinya paling tinggi. Lebih dari 200 juta orang di seluruh dunia (3,6% dari populasi) menderita kecemasan. Sementara itu jumlah penderita depresi sebanyak 322 juta orang di seluruh dunia (4,4% dari populasi) dan hampir separuhnya berasal dari wilayah Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Depresi merupakan kontributor utama kematian akibat bunuh diri, yang mendekati 800.000 kejadian bunuh diri setiap tahunnya.

Menurut catatan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dari Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2018), prevalensi gangguan emosional pada penduduk berusia 15 tahun ke atas, meningkat dari 6% di tahun 2013 menjadi 9,8% di tahun 2018. Prevalensi penderita depresi di tahun 2018 sebesar 6,1%. Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi bunuh diri pada penduduk berusia 15 tahun ke atas (N=722.329) sebesar 0,8% pada

perempuan dan 0,6% pada laki-laki. Sementara itu prevalensi gangguan jiwa berat, skizofrenia meningkat dari 1,7% di tahun 2013 menjadi 7% di tahun 2018. Melalui pemantauan Aplikasi Keluarga Sehat pada tahun 2015, sebanyak 15,8% keluarga mempunyai penderita gangguan jiwa berat (Juniman, 2028). Jumlah tersebut belum diperhitungkan dari keseluruhan penduduk Indonesia karena pada tahun 2018 baru tercatat 13 juta keluarga.

Hasil penelitian Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2019) menunjukkan bahwa depresi dan kecemasan menyebabkan kerugian ekonomi global sebesar 1 trilyun USD setiap tahunnya akibat hilangnya produktivitas sumberdaya manusia. Dalam diskusi yang diselenggaran oleh *Harvard Club Indonesia* bekerja sama dengan DPR RI, di Gedung Nusantara DPR RI, Senayan, tanggal 10 September 2019, sebagai upaya menanggapi program Presiden Joko Widodo periode kedua tentang SDM Unggul, para narasumber sepakat bahwa kesehatan fisik maupun jiwa merupakan prasyarat utama untuk menghasilkan manusia-manusia unggul Indonesia ("Sektor Kesehatan", 2019). Di forum tersebut Dr. Nova Riyanti Yusuf, SpKJ, anggota Komisi IX DPR RI, menyoroti masalah kesehatan kejiwaan yang harus menjadi salah satu fokus dalam pemerintahan Presiden Joko Widodo periode kedua. Jika akan mengejar generasi emas di tahun 2045, maka SDM Indonesia harus sehat secara fisik, intelektualitasnya, dan juga kejiwaannya. Sementara itu mantan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dr. Nafsiah Mboi, Sp.A, M.P.H., menyatakan masalah pembenahan sektor kesehatan di Indonesia memerlukan banyak kerjasama dari berbagai pihak karena kompleksnya masalah kesehatan di Indonesia ("Sektor Kesehatan", 2019). Masalah kesehatan di Indonesia menyangkut isu ketimpangan, mutu pelayanan, dan masalah pembiayaan.

Undang-undang Republik Indonesia No. 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menyatakan bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi yang menunjukkan seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi di komunitasnya. Oleh karena itu upaya kesehatan jiwa di Indonesia mencakup setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang

optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Organisasi Kesehatan Dunia juga membuat rencana tindakan kesehatan jiwa 2013 -2020 (WHO, 2013) untuk meningkatkan kesehatan seluruh umat manusia. Rencana tindakan ini tidak hanya berpusat pada pengurangan jumlah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tetapi juga meningkatkan kesehatan jiwa, yaitu kemampuan seseorang untuk menyadari potensinya, mengatasi tekanan hidup sehari-hari, bekerja secara produktif, dan berkontribusi pada komunitas. Pentingya perhatian pada upaya peningkatan kesehatan jiwa ini karena menurut WHO tidak adanya gangguan jiwa, tidak secara otomatis menunjukkan bahwa seseorang itu sehat jiwa, demikian juga sebaliknya, ODGJ dapat mencapai kondisi sejahtera secara psikologis - hidup dengan memuaskan, bermakna, dan kontributif di tengah-tengah keterbatasan hidup dengan gejala-gejala yang menyakitkan, menekan, dan melemahkan (*World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014*). Secara umum, ada 4 tujuan utama dari rencana tindakan kesehatan jiwa ini, yaitu: meningkatkan keefektifan kepemimpinan dan tata kelola kesehatan jiwa; ketersediaan pelayanan terintegrasi kesehatan jiwa dan sosial berbasis komunitas; penerapan strategi promosi dan prevensi; dan memperkuat sistem informasi, data empiris, dan penelitian.

Persoalan kesehatan jiwa pada level individual dan keluarga yang paling sering dijumpai adalah bunuh diri dan kekerasan domestik. Benny Prawira Siauw, koordinator *Into The Light Indonesia*, komunitas orang muda untuk advokasi bunuh diri dan kesehatan jiwa (Wisnubrata, 2019), menyatakan bahwa pada periode 1990–2016, jumlah kematian akibat bunuh diri sebesar 8.580 jiwa. Jumlah kematian akibat bunuh diri di Indonesia, diprediksi merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Di Indonesia, seperti yang dituturkan Siauw (Wisnubrata, 2019), setidaknya ada 3 pemicu bunuh diri, yaitu kesepian, perundungan, dan kekerasan seksual. Fakta ini sesuai dengan temuan Badan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2014), yang menunjukkan bahwa banyak kanak-kanak dan orang muda melakukan tindakan bunuh diri sebagai akibat

kekerasan fisik, kekerasan seksual, dan perundungan *off-line* maupun *on-line*. Sementara itu efek media atau yang dikenal dengan *Werther effect* juga diduga memperparah peningkatan angka bunuh diri (Kresna, 2019)

Tingginya prevalensi bunuh diri ini mendorong *World Federation for Mental Health* (MFH) pada tahun 2019, menfokuskan tema hari kesehatan mental sedunia yang jatuh setiap tanggal 10 Oktober pada upaya-upaya peningkatan kesehatan jiwa dan pencegahan bunuh diri ("*Mental Health*", 2019). Menurut presiden MFH, Dr. Alberto Trimboli, bunuh diri merupakan masalah kesehatan jiwa dunia yang sudah selayaknya mendapatkan perhatian dari semua pihak yang bergerak dalam bidang kesehatan jiwa, yang meliputi organisasi ilmiah dan professional, organisasi untuk kesehetan jiwa pengguna layanan dan keluarganya, serta perguruan tinggi. Organisasi Kesehatan Dunia sudah mewacanakan upaya pencegahan bunuh diri sejak tahun 2014 (WHO, 2014). Laporan WHO tahun 2014 menunjukkan bahwa hampir 800.000 orang meninggal karena bunuh diri. Dikatakan lebih lanjut bahwa ada 1 orang meninggal akibat bunuh diri setiap 40 detik. Angka percobaan bunuh diri diperkirakan 20-25 kali lipat jumlah kematian akibat bunuh diri. Tujuh puluh delapan persen bunuh diri terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Meskipun bunuh diri terjadi pada segala rentang usia, tetapi data tahun 2015 menunjukkan bahwa bunuh diri merupakan penyebab kedua kematian pada usia 15–29 tahun (WHO, 2017).

Persoalan kesehatan jiwa yang berkaitan dengan kekerasan domestik juga meningkat setiap tahunnya. Komisi Nasional Anti Kekerasan (Komnas) terhadap Perempuan (Muflihah, 2020) mencatat bahwa dalam kurun waktu 12 tahun, sampai akhir tahun 2019 kekerasan seksual terhadap perempuan meningkat sebanyak 792 persen atau hampir 8 kali lipat. Hasil pemantauan Komnas terhadap perempuan selama 15 tahun (1998 – 2015) setidaknya menemukan ada 15 jenis kekerasan seksual. Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) juga menyebutkan bahwa prevalensi kasus kekerasan terhadap anak tiap tahunnya meningkat. Dari tahun 2010-2017 tercatat 26.954 kasus, dan itu hanyalah kasus yang dilaporkan. Pada kasus kekerasan terhadap anak yang berujung kematian, pelaku terbanyak adalah ibu kandung (44%), disusul

oleh ayah dan ibu tiri (22%), ayah kandung (18%), pengasuh (8%), tante dan kerabat lain (8%).

Kekerasan yang berujung kematian tidak hanya melanda anak dalam keluarga, menurut SINDOnews ("Pembunuhan Dalam Keluarga", 2019) selama dua bulan terakhir di awal tahun 2019, pemberitaan di surat kabar dipenuhi dengan berita tentang anak yang membunuh orangtuanya. Di artikel yang sama disebutkan bahwa kasus pembunuhan dalam keluarga (*intimate murder* atau *family homicide*) biasanya terjadi pada keluarga miskin atau kurang mampu dan berpendidikan rendah. Pencetus lainnya adalah emosi yang tidak terkendali, keterdesakan ekonomi, dan pengaruh obat terlarang atau alkohol. Para sosiolog mengatakan bahwa meningkatnya kekerasan dalam rumah tangga ini sebagai akibat retaknya relasi dalam keluarga sebagai akibat kebutuhan ekonomi, kebutuhan seksual, pemenuhan kegemaran sesaat, dan gaya hidup. Keluarga juga bukan lagi menjadi acuan utama bagi banyak orang. Anak muda yang mengalami kelelahan emosional (karena kalah secara sosial), apalagi yang kalah secara struktural sehingga harus hidup miskin, tidak menjadikan keluarga dan orangtua sebagai tempat berlabuh.

Selain kekerasan domestik, perundungan ibarat duri dalam iklim pendidikan di Indonesia. Laporan *Organization of Economic Co-operation and Development* (OECD) *Programme for International Student Assessment* (PISA) 2018 yang dirilis tanggal 3 Desember 2019 (Tim CNN Indonesia, 2019) menunjukkan bahwa 41% siswa di Indonesia pernah mengalami perundungan dan angka ini berada di atas angka rata-rata negara yang tergabung dalam OECD (23% di atas rata-rata). Laporan ini juga mencatat, sebanyak 21% siswa Indonesia pernah bolos sekolah dan 52% datang terlambat ke sekolah. Jika tidak ditangani dengan baik, perundungan akan berpengaruh terhadap masa depan anak, karena dapat menurunkan motivasi untuk bersekolah, menghambat prestasi, meningkatkan agresivitas, hingga menimbulkan depresi. Penilaian bertaraf internasional ini dilakukan untuk mengetahui kemampuan siswa secara komprehensif, sekaligus iklim pendidikan di setiap negara anggota OECD. Laporan ini juga menyoroti iklim pertemanan antar siswa di Indonesia. Sebanyak 57 % siswa di Indonesia mengaku saling bersaing satu sama lain. Angka ini 50% di atas angka rata-rata

negara OECD. Pada usia sekolah, teman sepermainan, geng, menjadi alternatif yang lebih menarik untuk anak muda. Hal ini juga ditengarai sebagai penyebab *klithih* yang marak kembali di awal tahun 2020.

Fenomena *klithih* memang tidak terjadi secara nasional, melainkan secara lokal di Yogyakarta. Menurut Fuadi, Mutiah, dan Hartosujono (2019) perilaku *klithih* ini awalnya dilakukan dalam konteks kenakalan remaja. *Klithih* adalah perilaku berkeliling dengan menggunakan kendaraan yang dilakukan sekelompok pelajar dengan maksud mencari pelajar sekolah lain yang dianggap sebagai musuh. *Klitih* juga bisa diasumsikan sebagai mengitari kota tanpa tujuan. Akan tetapi, saat ini berkurangnya para geng pelajar yang berkeluyuran di jalanan, menyebabkan mereka mencari korban secara acak, bahkan tidak lagi memandang usia. Hasil penelitian Fuadi dkk. (2019) menunjukkan bahwa secara personal mereka mempunyai kerentanan emosional (mempunyai ketidakstabilan emosi). Kedua, mereka membutuhkan pengakuan kelompok. Ketiga, mereka biasanya berasal dari keluarga yang kurang mampu secara finansial dan *broken home.* Jika melihat latar belakang sosial para pelaku, nampaknya pola hubungan antara perilaku *klithih* dengan status sosial ekonomi yang kurang menguntungkan sama dengan gangguan jiwa umum. Hasil tinjauan sistematik terhadap 115 studi menunjukkan bahwa 70% dari studi-studi tersebut melaporkan adanya hubungan positif antara kemiskinan dan gangguan jiwa umum (Lund dkk., 2010). Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa gangguan jiwa umum dan keparahan dampaknya lebih sering berkaitan dengan ketidakberuntungan finansial, kemiskinan, dan kelompok yang kurang beruntung (Campion, Bhugra, Bailey, & Marmot, 2013; Melze, Fryers & Jenkins, 2004; Patel & Kleinman, 2003).

Selain *klithih*, tindakan kekerasan yang terjadi di masyarakat, dalam skala nasional adalah radikalisme dan terorisme. Kepala Pusat Penelitian Politik, Adriana Elizabeth mengatakan radikalisme berkembang begitu pesat di Indonesia (Putri, 2018). Adriana menjelaskan ada 4 alasan mengapa radikalisme berkembang di Indonesia, yaitu: kepentingan personal yang menyangkut masalah ideologi maupun keuangan; propaganda politik yang menarik; iming-iming penyucian diri yang dikaitkan dengan agama; dan etika yang buruk para elit

politik. Korupsi, perseteruan antar elit politik, mobilisasi masa untuk mendukung kepentingan politik menimbulkan sinisme dan kekecewaan terhadap demokrasi sehingga menjadikan radikalisme sebagai salah satu alternatif demokrasi.

Selain fenomena *klithih*, korupsi, terorisme, dan radikalisme, gejala permasalahan kesehatan jiwa pada level masyarakat yang muncul di awal tahun 2020, adalah munculnya kerajaan-kerajaan baru di Indonesia. Munculnya fenomena ini mungkin juga berkaitan dengan menurunnya kesejahteraan psikologis masyarakat. *Marmot Review Team* (2010) menemukan bahwa orang-orang yang tinggal di negara yang mempunyai kebebasan politik yang rendah, lingkungan kebijakan yang tidak menentu, serta sistem pelayanan dan pemantauan yang buruk, cenderung berisiko mengalami dampak yang merusak kesejahteraan psikologis dan fisiknya. Dalam situasi seperti ini masyarakat juga cenderung mempunyai kebutuhan yang tinggi untuk memahami lingkungannya, merasa aman dan terkendali, dan mempertahankan citra positif tentang diri atau kelompok. Menurut Douglas, Sutton, dan Cichocka (2017), mereka biasanya cenderung percaya dengan teori konspirasi. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa keyakinan pada teori konspirasi berkaitan dengan kepercayaan pada tahayul, fenomena paranormal, cara berpikir ajaib, narsisistik, literasi media yang rendah, kemampuan intelektual yang rendah, tingkat pendidikan rendah, dan kurangnya kemampuan berpikir analitis. Intinya penelitian-penelitian menunjukkan bahwa orang yang percaya pada teori konspirasi adalah orang yang mencari makna personal atas masalah yang penting dalam hidupnya, tetapi kurang mempunyai sumber daya kognitif atau persoalan lainnya yang menghalangi yang bersangkutan menemukan jawaban secara masuk akal (Douglas dkk., 2019). Dalam kacamata psikoanalisis, fenomena kerajaan baru ini merupakan manifestasi dari penyangkalan, yaitu dengan cara menciptakan realitas alternatif atau fantasi (Cramer, 1991). Penciptaan realitas alternatif ini dilakukan karena seseorang tidak bisa menerima kenyataan hidupnya, sehingga sesuatu yang tidak nyata dianggap sebagai kenyataan, dan sebaliknya kenyataan dianggap sebagai sesuatu yang tidak ada atau tidak nyata. Beberapa ahli mengatakan bahwa mekanisme pertahanan diri yang berupa penyangkalan ini berkaitan dengan fungsi kognitif yang rendah.

Widyo Nugrahanto, seorang sejarahwan dari Universitas Padjajaran menyatakan bahwa munculnya kerajaan-kerajaan baru di Indonesia di awal tahun 2020 merupakan gerakan sosial, yang para pendukungnya percaya pada teori konspirasi atau ilmu semu ("Keraton Sejagat", 2020). Mereka juga tidak puas pada tatanan dunia sekarang dan tatanan sosial politik ekonomi di daerah tempat tinggalnya, serta punya ambisi sosial politik ekonomi yang tidak atau belum tercapai. Bayu Dardias Kurniadi, seorang peneliti kemunculan kerajaan-kerajaan baru di Indonesia, yang juga staf pengajar di Departemen Politik dan Pemerintahan Universitas Gadjah Mada (UGM), mengamati bahwa sebagian besar pengikut Keraton Sejagat berasal dari kalangan menengah ke bawah secara ekonomi, dengan latar pendidikan "kurang memadai", serta sebagian besar berusia tua ("Keraton Sejagat", 2020). Karakteristik masyarakat seperti ini cenderung mudah percaya pada orang yang bisa meyakinkan bahwa dirinya adalah penyelamat dunia.

Ketidaksetaraan kondisi kesehatan jiwa ini tidak hanya berkaitan dengan kemiskinan, tetapi juga ketersediaan layanan kesehatan jiwa. Menurut catatan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2013) di negara-negara dengan pendapatan rendah dan menengah, antara 76% sampai 85% orang dengan gangguan jiwa berat tidak mendapatkan penanganan, dibandingkan dengan negara dengan pendapatan tinggi, meskipun prosentasenya tidak bisa dikatakan rendah juga (35% sampai 59%). Hampir separuh populasi dunia tinggal di negara-negara yang hanya mempunyai 1 psikiater yang melayani lebih dari 200.000 orang. Hanya 36% orang di negara-negara berpendapatan rendah yang dilindungi dan dijamin oleh undang-undang kesehatan jiwa dibandingkan 92% orang di negara-negara berpendapatan tinggi. Sementara itu jumlah tempat tidur untuk rawat inap yang berkaitan dengan masalah kesehatan jiwa di negara berpendapatan rendah hanya 1,9 per 100.000 penduduk dan berpendapatan menengah 6,3 per 100.000 penduduk (WHO, 2017d)

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018), di seluruh Indonesia hanya tersedia 600 – 800 psikiater, yang berarti 1 psikiater melayani 300.000–400.000 pasien, dan persebarannya tidak merata di seluruh wilayah tanah air. Berdasarkan informasi dari Ikatan

Psikologi Klinis Indonesia (IPK), jumlah psikolog klinis yang berkecimpung langsung ke bidang kesehatan dan rumah sakit hanya 1.143 orang per 5 Mei 2019 (Utari, 2019). Padahal standar yang ditetapkan Organisasi Kesehatan Dunia adalah 1 tenaga psikolog atau psikiater melayani 30 ribu orang. Hal ini mengindikasikan bahwa Indonesia masih kekurangan sekitar 24.000 praktisi kesehatan jiwa (Apriyani, 2019). Menurut laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2017c), Indonesia pada tahun 2017 hanya memiliki 48 RSJ dan 269 unit layanan kesehatan jiwa di RSU. Catatan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan menunjukkan bahwa masih ada 8 provinsi di Indonesia yang belum mempunyai RSJ serta hanya 33% RSU dan 21,47% Puskesmas yang memberikan layanan kesehatan jiwa (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014).

Tantangan layanan kesehatan jiwa juga berkaitan dengan stigmatisasi dan pemasungan. Menurut Psikiater Andreas Kurniawan dan Benny Prawira Siauw (koordinator pencegahan bunuh diri *Into the light)* stigma yang dilekatkan pada ODGJ dan keluarganya menghambat motivasi untuk berobat (Tuasikal, 2019). Hambatan lain dalam upaya peningkatan kesehatan jiwa adalah pemasungan. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018) menunjukkan bahwa 14% keluarga yang mempunyai anggota ODGJ pernah melakukan pemasungan dan 31,5% melakukan pemasungan selama 3 bulan terakhir. Oleh karena itu pemerintah mencanangkan program untuk menuju Indonesia Bebas Pasung 2019. Untuk mencapai tujuan ini maka menurut Kementrian Sosial perlu dilakukan kerja sama lintas kementrian atau lembaga antara lain Kemensos dengan Kemenkes; Kemendagri, kepolisian, dan BPJS tentang pencegahan dan penanganan pemasungan; melakukan penjangkauan terhadap warga yang dipasung; serta penyediaan informasi tentang penyandang disabilitas dan kesehatan jiwa.

Berdasarkan persoalan kesehatan jiwa tersebut, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2014) mengusulkan kerangka multilevel untuk memahami determinan sosial dari gangguan jiwa dalam rangka mengurangi gangguan jiwa dan meningkatkan kesejahteraan psikologis masyarakat. Kerangka multilevel tersebut meliputi: perjalanan hidup (periode pra-kelahiran, kehamilan, pari-kelahiran, awal kanak-kanak, remaja, dewasa, dan lansia); orangtua, keluarga,

dan rumah-tangga (pengasuhan anak, kondisi ekonomi dan akses pada kesejahteraan fisik dan jiwa, status pekerjaan, kondisi kesehatan fisik dan jiwa orangtua, perawatan kehamilan dan kesehatan ibu, dukungan sosial); komunitas (kondisi lingkungan tetangga, partisipasi komunitas, kekerasan dan kriminalitas, lingkungan fisik dan alam); pelayanan lokal (tersedianya pendidikan usia dini, sekolah, pelayanan remaja, pelayanan kesehatan, penyediaan air bersih dan sanitasi); negara (kemiskinan, ketidaksetaraan, diskriminasi, tata kelola, hak asasi, konflik militer, kebijakan nasional yang berkaitan dengan akses terhadap pendidikan, pekerjaan, layanan kesehatan, hunian, perlindungan sosial).

Selain kerangka multilevel, WHO juga mencanangkan kesehatan jiwa di tempat kerja (WHO, 2019). Menurut WHO ada banyak faktor risiko untuk kesehatan jiwa di tempat kerja yang merupakan interaksi antara jenis pekerjaan, lingkungan organisasi dan manajerial, ketrampilan dan kompetensi karyawan, dan dukungan sosial di tempat kerja. Faktor-faktor risiko tersebut meliputi: kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja yang tidak memadai, praktik komunikasi dan tata kelola yang buruk, partisipasi pengambilan keputusan yang rendah atau kendali yang rendah atas area kerja seseorang, rendahnya dukungan sosial di tempat kerja, jam kerja yang tidak fleksibel, dan tugas atau tujuan organisasi yang tidak jelas.

Dalam upaya menanggapi persoalan kesehatan jiwa global, Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) mencanangkan kesetaraan kesehatan jiwa sebagai jantung dari agenda PBB 2030 dan 17 tujuan program pembangunan berkelanjutan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan manusia dan planet bumi (WHO, 2017b). Oleh karena itu pada bulan April 2016, Organisasi Kesehatan Dunia, bekerja sama dengan *Indonesia Agency for Health Research and Development* (IAHRD) dan Badan Pusat Statistik berkomitmen untuk memperkuat kapasitas Indonesia dalam memantau ketimpangan kesehatan di Indonesia, untuk memperbaiki kebijakan dan kegiatan sehingga ketimpangan kesehatan bisa dikurangi.

Upaya peningkatan kesehatan jiwa yang masih terus berlangsung ini mendapatkan tantangan lebih berat setelah pandemi Covid-19 melanda dunia di awal tahun 2020. Ahli kesehatan Perserikatan Bangsa-bangsa mengisyaratkan

adanya krisis kesehatan jiwa akibat pandemi (Anwar, 2020). Seperti yang dipaparkan oleh Anwar (2020), di Indonesia, Kepala Staf Presiden, Moeldoko menyatakan bahwa selama periode 16 – 30 Maret 2020 saja ada 59 kasus kekerasan, perkosaan, dan pelecehan. Sementara itu Kepala Bagian Penerangan Umum (Kabagpenum) Polri, Kombes Asep Adi Saputra mengatakan peningkatan angka kejahatan selama masa pandemi Corona sekitar 11,8 persen (CNN Indonesia, 2020). Kriminolog, Reza Indragiri, seperti dikutip oleh CNN Indonesia (2020) menyatakan kesulitan ekonomi dan rasa frustasi selama pembatasan sosial berskala besar (PSBB) dapat memicu seseorang untuk melakukan tindak kekerasan dan kejahatan.

Menyadari besarnya kebutuhan masyarakat Indonesia akan layanan kesehatan jiwa dan dampak pandemi Covid-19, maka Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) dan Asosiasi/Ikatan Psikologi yang tergabung di dalamnya selain secara aktif melakukan psikoedukasi maupun layanan konsultasi psikologi secara daring dan melalui laman web, sejak tanggal 29 April 2020 mendukung upaya pemerintah melayani masyarakat melalui Program Layanan Sejiwa. Program ini merupakan kerjasama antara Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Kantor Staf Presiden, PT. Telkom, dan HIMPSI untuk melayani masyarakat yang membutuhkan layanan konsultasi kesehatan jiwa, melalui saluran 119ext8. Dari Progran Layanan Sejiwa ini diketahui bahwa permasalahan yang paling dirasakan di kala pandemi adalah masalah personal (April-Juni 2020=74%; Juni-Desember=50,6%). Menariknya permasalah keluarga yang pada awal pandemi belum kuat terasakan, seiring persoalan Covid-19 yang belum teratasi dengan baik, masalah keluarga semakin meningkat (April-Juni 2020=74%; Juni-Desember=49%). Data Layanan Sejiwa juga menunjukkan bahwa pada 3 bulan pertama, permasalahan psikologis yang sudah dialami sebelumnya dan tidak berkaitan dengan pandemi jumlahnya berimbang dengan permasalahan psikologis yang berkaitan dengan Covid-19 (Non-Covid-19=48,79%; Akibat Covid-19=31,10%; Diperparah Covid-19=20,11%). Persoalan psikologis yang berkaitan dengan Covid-19 ini pada 6 bulan terakhir (Juni-Desember 2020) semakin berkurang dan didominasi oleh persoalan psikologis yang tidak berkaitan dengan Covid-19 (Non-Covid-19=82,9%; Covid-19=17,1%).

Pada 3 bulan pertama sejak *launching* Layanan Sejiwa, masalah yang paling besar adalah kecemasan, kekhawatiran dan stres (55,34%), sementara pada 6 bukan terakhir (Juni-Desember 2020), meskipun kecemasan, kekhawatiran, dan ketakutan masih mendominasi, tetapi persoalan yang mengarah ke depresi (sedih, merasa tidak berharga, merasa tidak berdaya, merasa tidak percaya diri, merasa bersalah, ide bunuh diri) semakin besar. Melalui Layanan Sejiwa para psikolog melakukan intervensi yang meliputi psikoedukasi (tentang kesehatan mental, relasi, Covid-19, kesehatan fisik, pengasuhan anak, dan literasi media), dukungan psikologis (berupa mendengarkan aktif, memberikan empati, memberikan motivasi, dan mengembangkan kepercayaan diri), stabilisasi emosi (menggunakan teknik relaksasi dan *grounding*), dan jika masalah dirasa cukup berat psikolog juga memberikan rekomendasi atau rujukan ke psikolog atau lembaga lain yang relevan.

Dampak pandemi Covid-19 terhadap kondisi psikososial di Indonesia juga nampak dari hasil survei Moh Abdul Hakim (2020, tidak dipublikasikan) selama 7 hari pada awal PSBB dan *Policy Brief* Ikatan Psikologi Sosial (Cahyono, Milla, Subarkah, Yustisia, 2020). Hasil survei Hakim, menunjukkan bahwa 27% dari 1.319 partisipan mengalami stres akut akibat pembatasan sosial, kekurangan kebutuhan dasar, ancaman terinfeksi, dan penyesuaian perilaku. Sementara itu hasil penelitian kolaborasi dari 12 institusi, seperti dikutip dalam *Policy Brief* 02, Ikatan Psikologi Sosial menunjukkan bahwa kondisi di Indonesia menggambarkan tingkat kepercayaan sedang, terhadap pemerintah dan persepsi kepatuhan yang rendah terkait dengan Covid-19. Dalam *Policy Brief* 02 tersebut direkomendasikan eksplorasi terhadap faktor-faktor yang dapat meningkatkan kepatuhan dan kanal serta instrumen alternatif untuk meningkatkan kerja sama dan kepatuhan masyarakat dalam penanganan Covid-19.

Survei terhadap masyarakat dan ODGJ yang dilakukan oleh Ipsos MORI (Holmes, dkk., 2020) menunjukkan adanya keprihatinan terhadap isolasi sosial atau pembatasan sosial terhadap kesejehteraan; peningkatan kecemasan, depresi, stress, dan perasaan negatif lain; serta implikasi praktis dari respon pandemi, termasuk kesulitan keuangan. Prospek menjadi tidak sehat secara fisik masih di bawah persoalan yang berkaitan dengan respon sosial dan psikologis terhadap

pandemi. Partisipan survei tersebut juga mempunyai kekhawatiran akan semakin parahnya masalah gangguan jiwa yang sudah dialami sebelumnya, kesulitan yang semakin besar dalam mengakses dukungan dan layanan kesehatan jiwa, dampak Covid-19 terhadap kesehatan jiwa anggota keluarga, terutama terhadap anak-anak dan lansia. Berdasarkan hasil survei tersebut dan telaah pustaka, Holmes dkk. (2020) memberikan rekomendasi prioritas area penelitian sebagai berikut:

1. Faktor-faktor psikologi dan individual: dampak Covid-19 terhadap kesehatan jiwa.
2. Faktor-faktor populasi dan sosial: dampak pembatasan sosial dan aneka upaya kesehatan masyarakat terhadap kesehatan jiwa dengan pendekatan sindemik, yaitu interaksi antara karakteristik demografis dan kondisi kesehatan.
3. Neuorosains: dampak virus terhadap kesehatan otak dan jiwa.
4. Infrastruktur dan peluang.

Sementara itu, dalam bukunya *The Psychology of Pandemics*, Taylor (2019) menuliskan bahwa ahli virus menyatakan pandemi influenza akan terjadi lagi dan bisa terjadi kapanpun dengan akibat-akibat yang secara potensial bisa menghancurkan. Manusia tetap tidak mempunyai imunitas terhadap *pathogen* sebelumnya yang menyebabkan pandemi dan obat yang efektif belum tentu ada. Dalam dunia yang semakin modern, peradaban interaksi manusia yang membentuk pemukiman (kota, negara), dan jalur transportasi yang menghubungkan antar wilayah ini, akan semakin meningkatkan kemungkinan pandemi. Kepadatan hunian dan mobilitas yang tinggi akan meningkatkan eskalasi penyebaran virus.

Buku kelima Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa ini merupakan tanggapan atas perkembangan kondisi kesehatan jiwa di Indonesia, yang tentunya semakin memberikan tantangan dengan adanya pandemi Covid-19. Buku yang diberi judul "Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia" menghimpun 33 tulisan dari 45 penulis. Untuk mempermudah memahami gagasan para penulis, maka buku ini dibagi menjadi lima bagian.

Bagian pertama merupakan prolog yang berisi tulisan Iwan W. Widayat, yang mempunyai latar belakang pendidikan di bidang psikologi, tetapi juga mempunyai *passion* yang kuat dalam kajian sejarah. Tulisan beliau yang berjudul "Kesehatan Jiwa di Indonesia dalam Perspektif Sejarah", membawa pembaca pada perjalanan transformatif layanan kesehatan jiwa di Indonesia dari pendekatan pengurungan hingga pengembangan pendekatan komunitas yang lebih mengarah pada optimalisasi kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Perspektif sejarah dalam tulisan ini sangat membantu memberikan pemahan kontekstual pada isu-isu kesehatan jiwa di Indonesia.

Bagian kedua berjudul "Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia" yang terdiri dari 11 naskah, yang berisi tentang perkembangan layanan kesehatan jiwa, penguatan keluarga dan kesehatan jiwa, serta layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas. Bagian kedua ini diawali dengan tulisan Ibu dr. Siti Khalimah, SpKJ, MARS, Direktur Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza, Kementerian Kesehatan RI yang berjudul "Perkembangan Layanan Terkini Kesehatan Jiwa Di Indonesia". Tulisan beliau diperkuat oleh pemaparan Eunike Sri Tyas Suci yang berjudul "Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia", terutama pada bagian bagaimana model layanan kesehatan jiwa yang optimal di Indonesia. Sembilan tulisan lain pada bagian kedua ini berturut-turut adalah tulisan Yasinta Astin Sokang yang berjudul "Promosi Kesehatan Jiwa di Indonesia Menggunakan Pemetaan Intervensi", tulisan Dicky Pelupessy yang berjudul "Ada Karena Komunitas! Kesehatan Jiwa Komunitas", tulisan Hilary Zefanya Sumayku yang berjudul "Literasi Kesehatan Mental untuk Generasi Penerus Bangsa", tulisan Kholifah Umi Sholihah, Intan Ayu Lestari, Tazkiya Nabila & Yohana Christina yang berjudul "Komunitas Psikologi Berbagi Semarang sebagai Layanan Kesehatan Mental Berbasis Komunitas", tulisan Reni Kusumowardhani yang berjudul "Psikologi Forensik dan Kesehatan Mental: Kisah Pendampingan Psikologis Warga Binaan Permasyarakatan Pra Eksekusi Mati", tulisan Khadhra Ulfah yang berjudul "Pengasuhan dan Kesehatan Mental Anak", tulisan Rahmatsyam Lakoro & Ike Herdiana yang berjudul "Wujudkan Keluarga Tangguh Hadapi Bencana Alam", tulisan Indy Hurun Ein yang berjudul "*Strength-based parenting*: Pola Asuh untuk Anak Korban Bullying di

Indonesia", bagian kedua ditutup oleh tulisan Adriana Soekandar Ginanjar & Santy Pranawati yang berjudul "Dunia Kelabu Individu Asperger".

Bagian ketiga berisi kumpulan tulisan tentang isu-isu kesehatan jiwa selama pandemi Covid-19, oleh karena itu bagian ini diberi judul "Covid-19 dan Kesehatan Jiwa". Ada 9 tulisan di bagian ketiga. Dua tulisan awal pada bagian ini tentang upaya Organisasi Profesi Psikologi di Indonesia dalam intervensi kesehatan mental di masa pandemi Covid-19. Pertama adalah tulisan Anrilia E.M. Ningdyah (Ketua Kompartemen 7 Hubungan Nasional dan Internasional HIMPSI) yang berjudul "Bersama, Kita (Ternyata) Bisa: Sinergi Pemerintah dan Organisasi Profesi Psikologi di Indonesia dalam Intervensi Kesehatan Mental Kala Pandemi Covid-19". Kedua adalah tulisan Andik Matulessy (Sekretaris Jendral HIMPSI) yang pernah dimuat di https://www.apa.org/international/global-insights/covid-19-indonesia yang berjudul "Peran HIMPSI Melawan Stigma Sosial Pasien Covid-19 di Indonesia". Tujuh tulisan berikutnya berturut-turut adalah tulisan David Junovandy, Erwin Hogi, Frida Condinata, Jason Kosasi, Julike, & Andy Chandra yang berjudul "19 Alasan Mengapa: Covid-19 adalah Pandemi Global", tulisan Sabiqotul Husna yang berjudul "Dampak Diskoneksi Sosial pada Kesehatan Jiwa di Masa Pandemi Covid-19: Tinjauan Neurokognitif *Brain Styles,* tulisan Devina Chintia Sanudin & Sheilla Varadhila Peristianto yang berjudul "Dukungan Sosial, Religiusitas, dan *Subjective Well-being* pada Perawat selama Pandemi Covid-19", tulisan Wahyu Rahardjo, Nurul Qomariyah, Inge Andriani, & Indah Mulyani yang berjudul "*Technostress* Karyawan Terdampak Pandemi Covid-19 yang Bekerja di Rumah", tulisan Noviza yang berjudul "Mencapai Ketenangan dengan Relaksasi Afirmasi: Solusi Mengurangi Kecemasan Covid-19", tulisan Yohanes Heri Widodo yang berjudul "Teori Konspirasi di Masa Pandemi", dan sebagai penutup Andrian Liem menuliskan bagaimana kerjasama antara ilmuwan, praktisi, dan pemuka agama menangani pandemi dalam naskahnya yang berjudul "Ilmuwan Psikologi, Psikolog, Pemimpin Agama dan Spiritual: Kolaborasi dalam penanganan pandemi Covid-19".

Bagian keempat diberi judul "Adaptasi Kebiasaan Baru dan Kesehatan Jiwa" yang berisi 10 tulisan. Kesepuluh tulisan tersebut secara berurutan adalah

tulisan Wiwin Hendriani yang berjudul "Pandemi dan Resiliensi: Refleksi Pengasuhan dalam Situasi Krisis", tulisan Hendro Prabowo, Agyl Muhammad Dikrullah, Dewi Anggita Putri, Lucky Hardinugraha, & Pascalis Alexius Assa yang berjudul "Menjadi "Ibu Baru" di Era Kenormalan Baru", tulisan Nurlita Wijayanti yang berjudul "Gagasan Teknologi Informasi sebagai Upaya Meningkatkan Kepatuhan dan Kebiasaan Baru", tulisan Syurawasti Muhiddin yang berjudul "Kelompok Dukungan Daring di Masa Pandemi Covid-19: Upaya Mencapai Well-being di Tengah Digitalisasi Aktivitas", tulisan Iqbal Maesa Febriawan yang berjudul "Bekerja Lepas-ganda (*Gig Work*): Regulasi-diri sebagai Kunci di Tengah Pandemi", tulisan Nuri Sadida, Aziza Bastian, Qorriyah Rahmi Khairunnisa, & Tasqia Angelina yang berjudul "Prinsip dan Aplikasi Menurunkan Stres Kerja dan Menunjang Well-Being Karyawan yang Bekerja dari Rumah", tulisan Mega Jelita & Penny Handayani yang berjudul "Bekerja dari Rumah, Belajar dari Rumah, dan Well-being Guru", disusul tulisan Annisa Sri Wandini, Karta Puspita & Yuditia Prameswari yang berjudul "Covid-19 dan Sekolah (Daring) Luar Biasa: Sebuah Tantangan bagi Mereka yang Spesial", tulisan Clement Eko Prasetio, Zakaria Anshari & Sarah Aurelia Saragih yang berjudul "Resiliensi sebagai Kunci Kesehatan Mental Kala Pandemi" merupakan penutup dari bagian keempat.

Buku ini ditutup dengan dua tulisan reflektif tentang pentingnya melihat konteks dalam memahami kesehatan jiwa. Bagian epilog ini diawali oleh tulisan M.A. Subandi yang berjudul "Aspek Budaya dalam Kesehatan Jiwa" dan diakhiri oleh Teguh Wijaya Mulya dengan tulisan yang berjudul "Kontestasi Diskursif di Balik Konsep dan Praktik Kesehatan Mental: Kekuasaan, Kolonialisme, dan Kapitalisme".

Tim Editor memberikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada para penulis atas kesediaan untuk menyumbangkan gagasan, pengalaman, dan hasil penelitian dalam buku kelima ini dan tentu saja kepada Pengurus Pusat HIMPSI yang secara penuh mendukung dan memfasilitasi pengerjaan dan penerbitan buku ini. "Selamat membaca dan menikmati".

Tim Editor:
Tjipto Susana
A. Supratiknya
Juneman Abraham
Rahkman Ardi

Daftar Acuan

Anwar, F. (2020, 14 Mei). PBB sebut dunia hadapi krisis kesehatan mental gegara pandemic Corona. health.detik.com. Diunduh tanggal 25 Mei 2020, dari https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-5014498/pbb-sebut-dunia-hadapi-krisis-kesehatan-mental-gegara-pandemi-corona

Apriyani, T. (2019, 23 Desember). Indonesia darurat depresi namun minim praktisi. suara.com. Diunduh tanggal 25 Mei 2020, dari https://www.suara.com/yoursay/2019/12/23/093643/indonesia-darurat-depresi-namun-minim-praktisi

Bayu, D.J. (2020, 31 Maret). Jokowi putuskan PSBB dan status darurat kesehatan atasi Corona. *Katadata.co.id* , diunduh tanggal 27 Mei 2020 dari https://katadata.co.id/berita/2020/03/31/jokowi-putuskan-psbb-dan-status-darurat-kesehatan-atasi-corona

Cahyono, W., Milla, M.N, Subarkah, M.Z, & Yustisia, W. (2020, 10 April). *Policy brief 02: Partisipasi aktif masyarakat untuk untuk memperkuat solidaritas sosial*. Ikatan Psikologi Sosial, HIMPSI.

Campion, J., Bhugra, D., Bailey, S., & Marmot, M. (2013). Inequality and mental disorders: opportunities for action. *The Lancet*,382(9888),183-4.

CNN Indonesia. (2020, 25 April). Corona, kriminalitas dan ragam imbas sosial masyarakat. *Cnnindonesia.com*. Diunduh tanggal 25 Mei 2020, dari https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200424151758-12-496997/corona-kriminalitas-dan-ragam-imbas-sosial-masyarakat

Cramer, P. (1991). *The Development of defense mechanisms: Theory, research, and assessment*. New York: Springer-Verlag

Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. (2014). *Rencana aksi kegiatan tahun 2015-2019 Dieraktorat Bina Kesehatan Jiwa.* Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan

Douglas, K. M., Sutton, R. M., & Cichocka, A. (2017). The psychology of conspiracy theories. Current *Directions in Psychological Science,* 26, 538-542. doi:l0.1177 /0963 721417718261

Douglas, K. M., Uscinski, J. E., Sutton, R. M., Cichocka, A., Nefes, T., Ang, C. S., & Deravi, F. (2019). Understanding conspiracy theories. *Political Psychology*, 40, 3-35. doi: l0.l111/pops.12568

Fuadi, A., Mutiah, T., & Hartosujono. (2019). Faktor-faktor determinasi perilaku *klithih*. *Jurnal Spirits*, 9(2), 88-98.

Holmes E.A., O'Connor, R.C., Perry V.H., dkk. (2020). Multidisciplinary research priorities for the Covid-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* . Published online April 15. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1

Juniman, P.T. (2018, 10 September). 15,8 persen keluarga hidup dengan penderita gangguan mental. *CNNIndonesia*. Diunduh tanggal 25 Mei 2020, dari https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20180830182931-255-326289/158-persen-keluarga-hidup-dengan-penderita-gangguan-mental

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Keraton Sejagat dan Sunda Empire: Mengapa masyarakat gampang tertipu 'kerajaan fiktif'? (2020, 23 Januari).*bbc.com*. Diunduh tanggal 25 Mei, dari https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-51 186906

Kresna, M. (2019, 23 Januari). Bagaimana seharusnya media memberitakan bunuh diri mahasiswa. tirto.id. Diunduh tanggal 30 Mei, dari https://tirto.id/bagaimana-seharusnya-media-memberitakan-bunuh-diri-mahasiswa-deW3

Lund, C., Breen, A., Flisher, A., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J., dkk. (2010).

Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine,*71,517-28.

Marmot Review Team. (2010). *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: Marmot Review [updated 2012/08/03/]. Diunduh tanggal 28 Mei 2020 dari www.instituteofhealthequity.org

Melzer, D., Fryers, T., & Jenkins, R. (2004). *Social inequalities and the distribution of common mental disorders*. Hove: Psychology Express.

Mental Health Promotion and Suicide Prevention. (2019). Diunduh tanggal 30 Mei, dari https://wfmh.global/world-mental-health-day-2019/

Muflihah. (2020, 23 Maret). Indonesia darurat kekerasan seksual, pemerintah harus segera bertindak. suara.com. Diunduh tanggal 25 Mei 2020 dari https://www.suara.com/yoursay/2020/03/23/144637/indonesia-darurat-kekerasan-seksual-pemerintah-harus-segera-bertindak

Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (Eds). (1996). *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge (Massachusetts). Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank. 1996

Patel,V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of World Health Organization*,81(8),609-615.

Pembunuhan Dalam Keluarga, Mengapa Terjadi?. (2019, 2 Maret). SINDOnews. Diunduh tanggal 30 Mei 2020, dari https://today.line.me/id/pc/article/Pembunuhan+Dalam+Keluarga+Mengapa+T erjadi-pJpQl7

Putri, R.S. (2018, 20 Februari). LIPI ungkap 4 alasan mengapa radikalisme berkembang di Indonesia. TEMPO.CO. Diunduh tanggal 6 Juni 2020, dari https://nasional.tempo.co/read/1062388/lipi-ungkap-4-alasan-mengapa-radikalisme-berkembang-di-indonesia

Saleh, M.R.. (2018). The burden of mental illness: An emerging global disaster. *Journal of Clinical and Health Science*. 3(1).5-12. eISSN 0127-984X

Sebayang, R. (2020, 12 Maret). Alert! WHO resmi tetapkan Corona pandemic.

cnbcindonesia.com. diunduh 27 Mei 2020 dari https://www.cnbcindonesia.com/news/20200312064200-4-144245/alert-who-resmi-tetapkan-corona-pandemi

Sektor Kesehatan Disarankan Dibenahi demi Wujudkan SDM Indonesia yang Unggul. (2019, 10 September). Trbunnews.com. Diunduh tanggal 6 Juni 2020, dari https://www.tribunnews.com/kesehatan/2019/09/10/sektor-kesehatan-disarankan-dibenahi-demi-wujudkan-sdm-indonesia-yang-unggul

Sejarah *Klithih* dan Alasan Banyak Remaja Melakukan Kekerasan. (2020, 4 Februari). *Voi.id*. Diunduh tanggal 28 Mei 2020, dari https://voi.id/artikel/baca/2467/sejarah-i-klitih-i-dan-alasan-banyak-remaja-melakukan-kekerasan

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreaks of infectious diseases*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.

Tim CNN Indonesia. (2019, 5 Desember). 41 Persen siswa di Indonesia pernah jadi korban bullying. Diunduh tanggal 6 Juni 2020, dari https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20191205133925-284-454419/41-persen-siswa-di-indonesia-pernah-jadi-korban-bullying

Tuasikal, R. (2019, 16 Oktober). Kesehatan jiwa Indonesia: Makin sadar tapi terganjal stigma. VOA. Diunduh tanggal 10 Maret 2020, dari https://www.voaindonesia.com/a/kesehatan-jiwa-indonesia-makin-sadar-tapi-terganjal-stigma/5125203.html

Undang-undang Republik Indonesia No. 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Utari, S.D. (2019, 23 Desember). Butuh perhatian, ini kendala penanganan kesehatan mental di Indonesia. suara.com. Diunduh tanggal 25 Mei 2020, dari https://www.suara.com/yoursay/2019/12/23/121930/butuh-perhatian-ini-kendala-penanganan-kesehatan-mental-di-indonesia

Wisnubrata (2019, 22 Oktober). Depresi dan bunuh diri di indonesia diprediksi meningkat, mengapa?. kompas.com. Diunduh tanggal 30 Mei 2020, dari https://lifestyle.kompas.com/read/2019/10/22/194548020/depresi-

dan-bunuh-diri-di-indonesia-diprediksi-meningkat-mengapa?page=al
World Health Organization. (2019, Mei). Mental health in the workplace. Diunduh tanggal 6 Juni dari https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/
World Health Organization. (2017a). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates.* Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
World Health Organization. (2017b). *State of health inequality: Indonesia*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
World Health Organization. (2017c).*Mental health ATLAS 2017 state profile*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/IDN.pdf?ua=1
World Health Organization. (2017d). *Mental health ATLAS 2017*. Geneva: World Health Organization.
World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health.* Geneva: World Health Organization.
World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization
World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2018*. Geneva: World Health Organization

----

Daftar Isi

Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia
(Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa 5)

Bab 8...

Bagian 3 - Covid-19 dan Kesehatan Jiwa

Bab 27...

bagian 1

Prolog

Bab 1. Kesehatan Jiwa di Indonesia dalam Perspektif Sejarah

Iwan W. Widayat

Majalah *Time* edisi September 2013 memuat sebuah reportase berupa esai foto yang dibuat oleh Andrea Star Reese, seorang fotografer dokumenter yang berbasis di New York. Reportase tersebut berisi foto-foto dan ulasan mengenai fasilitas pelayanan penderita gangguan jiwa di beberapa kota di Indonesia yang diliputnya antara tahun 2011-2012. Pada esai foto tersebut ia memotret orang-orang yang dikerangkeng, dipasung, dikurung di ruang sempit dan berbagai bentuk perlakuan yang kurang manusiawi (Reese, 2013). Reportase tersebut cukup menggemparkan kalangan pemerhati kesehatan jiwa dan hak asasi manusia di Indonesia pada waktu itu. Hal ini mendorong *Human Right Watch/HRW*, sebuah NGO yang berbasis di New York, melakukan *field research* di Indonesia antara 2014-2016. Laporan dan rekomendasi mereka diterbitkan pada bulan Maret 2016 dengan judul yang cukup provokatif (yang diambil dari ungkapan beberapa partisipan): "Hidup di Neraka" (*Living in Hell*) (Sharma, 2016).

Lebih dari seabad sebelum laporan *HRW* tersebut, dr. J.W. Hofmann, seorang Psikiater perawatan gangguan jiwa (*geneesheer voor de krankzinnigen-verpleging*) di Buitenzorg (Bogor) menulis sebuah artikel di majalah bulanan terbitan Amsterdam, *De Indische Gids*, edisi Juli 1894. Melalui artikel tersebut, ia menyoroti kualitas layanan di dua rumah sakit, yakni di Surabaya dimana ia pernah bertugas, serta di Semarang. Ia mengulas fasilitas perawatan yang kurang layak bagi penderita gangguan jiwa, baik orang Eropa maupun, lebih-lebih kaum pribumi, pria ataupun wanita. Ia menyamakan buruknya kondisi fasilitas kesehatan tersebut dengan panti penampungan orang gila (*dulhuijs/madhouse*) di abad-abad sebelumnya yang telah direformasi (Hofmann, 1894).

Kontroversi terkait perawatan orang dengan gangguan jiwa bukanlah hal baru. Skandal perlakuan buruk bahkan penganiayaan terhadap penderita gangguan jiwa telah ada sejak abad-abad lampau, ketika penampungan bagi

penderita gangguan jiwa pertama kali diadakan di rumah-rumah sakit benteng di Hindia Belanda, bahkan ketika rumah-rumah sakit jiwa sudah berdiri di beberapa kota. Ketercukupan dan kelayakan fasilitas perawatan kesehatan, ketersediaan tenaga profesional yang memadai, kemudahan akses terhadap fasilitas kesehatan maupun dukungan lingkungan sosial yang positif, merupakan persoalan-persoalan yang selalu ada dan menjadi tantangan sepanjang masa dalam pengembangan layanan kesehatan jiwa di Indonesia. Tulisan ini akan mengulas secara sekilas perjalanan pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia, mulai dari masa digunakannya pendekatan pengurungan bagi orang-orang yang dianggap 'gila', institusionalisasi orang-orang tersebut ke dalam rumah sakit jiwa, hingga pengembangan pendekatan komunitas yang lebih mengarah pada optimalisasi kesehatan jiwa berbasis masyarakat.

***

Sistem kesehatan jiwa di Indonesia memiliki sejarah panjang yang merentang sejak jaman kolonial Belanda, ketika negeri ini masih bernama *Oost Indië* (Hindia Timur) atau *Nederlands-Indië* (Hindia Belanda). Meskipun tonggak pelayanan kesehatan bagi orang-orang yang mengalami gangguan jiwa di Hindia Belanda dapat ditandai dari didirikannya rumah sakit jiwa pertama di *Buitenzorg* (Bogor) pada tahun 1882 (Pols, 2006; Edington & Pols, 2016; Zondervan, 2016; Pols & Wibisono, 2017), namun penanganan orang-orang yang dianggap memiliki gangguan jiwa telah dilakukan jauh sebelum itu.

Menurut catatan Dirk Schoute, seorang ahli bedah (*chirurgijn*) yang juga merupakan sejarawan kesehatan Belanda terkemuka pada paruh pertama abad ke-20 (sebagaimana dikutip oleh Porath, 2008), penanganan orang-orang dengan gangguan jiwa telah dilakukan sejak zaman VOC[1]. Meskipun penanganan tersebut lebih merupakan tindakan pengamanan untuk menjaga ketertiban sosial daripada perawatan yang mengarah pada pengobatan/penyembuhan. Menurut Pols, dkk. (2019), penanganan semacam itu lebih dimaksudkan untuk 'mencegah munculnya aksi atau reaksi individu-individu yang tidak terduga dan memiliki potensi untuk melakukan tindakan kekerasan'.

1. *Vereenigde Oost-indische Compagnie* (secara harfiah berarti 'Persekutuan Dagang Hindia Timur'). Seringkali disingkat dengan *Compagnie* ('Kompeni'), sehingga jaman VOC biasa disebut sebagai jaman kompeni (1602-1800).

Penempatan orang-orang yang dianggap memiliki gangguan jiwa semula dilakukan di suatu bilik tertentu yang berada di area rumah sakit militer dalam kompleks benteng pertahanan. Rumah sakit pada masa VOC di awal abad ke-17 jangan dibayangkan sebagai sebuah gedung permanen dari bata berlantai ubin sebagaimana laiknya sebuah rumah sakit yang kita lihat saat ini. Sebagai sebuah perusahaan dagang yang melakukan ekspedisi maritim ke wilayah-wilayah yang jauh, rumah sakit yang mereka buat lebih merupakan sebuah pos kesehatan bagi para pelaut mereka yang baru mendarat di wilayah-wilayah yang mereka kuasai. Bangunannya lebih banyak bersifat temporer dan semi permanen. Demikian pula halnya, rumah-rumah sakit awal yang mereka bangun di wilayah Nusantara.

Menurut Schoute (sebagaimana dikutip dalam Zondervan, 2016) perkembangan rumah-rumah sakit tersebut umumnya mengikuti pola yang seragam. Mula-mula VOC mendirikan benteng (misal, *Fort Victoria* di Ambon pada 1605, *Fort Nassau* di Banda Neira pada 1609, *Fort Jacatra* di Jayakarta pada 1611, dst.). Kemudian ahli bedah/*chirurgijn*[2] (yakni tenaga medis utama yang ada dalam setiap ekspedisi VOC) merawat pasien yang datang segera setelah benteng berdiri. Para pasien tersebut ditampung di tempat-tempat berpagar dalam benteng. Setelah itu, barulah rumah sakit primitif pertama muncul—yang dibangun dengan atap sirap dan dinding bambu—di dalam benteng. Jika situasi keamanan menjadi lebih baik, maka rumah sakit baru akan dibangun di luar benteng, tetapi masih 'dalam jarak tembak meriam'. Hal ini berlaku pula ketika VOC pertama kali menjejakkan kaki di Jayakarta (kota yang mereka rebut dan diatasnya mereka dirikan kota baru bernama Batavia).

Menurut catatan dr. Cornelis Swaving, seorang dokter dan intelektual terkemuka Belanda abad ke-19 (sebagaimana dikutip dalam Zondervan, 2016), kemungkinan besar, rumah sakit yang pertama kali didirikan di Hindia Belanda, adalah yang didirikan di depan Loji (*Lodge*) Belanda[3]. Letaknya tidak jauh dari kota Jayakarta dan bersebelahan dengan Pos Dagang (*Handelspost*/*Trading Post*)

2. Selama abad ke-17 dan ke-18, VOC mengirim beberapa dokter medis dan banyak ahli bedah ke Asia. Dokter (*medicinae doctores*) adalah lulusan universitas dengan sebagian besar pelatihan teori dan status yang relatif tinggi. Ahli bedah (*chirurgijn*) memiliki status yang lebih rendah, gaji lebih rendah, dan pelatihan medis yang jauh lebih praktis, yang berfokus pada pengobatan patah tulang dan luka (Boomgard, 1993).

3. Loji tersebut didirikan atas izin dari Pangeran Jayakarta Wijayakrama pada tahun 1611 sesuai perjanjian dengan Gubernur Jenderal Pieter Both untuk membeli sebidang tanah seluas 50 x 50 vandem (satu vandem sama dengan 182 sentimeter) yang berlokasi di sebelah timur Muara Ciliwung (Ricklefs, 2008).

yang di dalamnya terdapat garnisun tentara berkekuatan sekitar 100 orang prajurit. Rumah sakit ini dibangun pada tahun 1617 dan diperuntukkan terutama bagi para pelaut (*voornamelijk voor schepelingen*).

Setelah penaklukan Jayakarta dan pendirian Batavia oleh Gubernur Jenderal J.P. Coen pada tahun 1619, VOC membangun sebuah rumah sakit untuk para pelaut dan prajurit VOC di luar benteng pada tahun 1622. Pada tahun 1626 rumah sakit tersebut diperbarui, karena kondisinya yang rusak (mengingat hanya terbuat dari bambu dan atap sirap). Namun bangunan kedua ini pun kembali rusak saat penyerbuan Sultan Agung dari Mataram berturut-turut pada tahun 1628 dan 1629. Setelah ditutup pada tahun 1632, diputuskan untuk membangun rumah sakit baru yang bersifat permanen di dalam benteng. Pembanguan rumah sakit yang kemudian disebut dengan *Binnen-hospitaal* (Rumah Sakit Kota) ini memakan waktu 8 tahun dan baru digunakan tahun 1640. Selama menungggu proses pembangunan, didirikan sebuah fasilitas sementara (Zondervan, 2016).

Menurut Schoute (sebagaimana dikutip dalam Porath, 2008), salah satu kebijakan rumah sakit awal di Batavia antara tahun 1638 dan 1642 adalah menghukum pasien yang berperilaku tidak patuh, dimana mereka diperlakukan layaknya awak kapal yang memberontak. Pasien-pasien ini dicambuk, dikurung, dan dipaksa melakukan tugas-tugas yang paling menjijikkan. Makanan mereka hanya air dan roti. Mereka yang mencoba melarikan diri dari rumah sakit dihukum dengan cara tangan mereka dimankan ke pintu dengan sebilah pisau. Dari sini nampak adanya tradisi pelaut yang diterapkan dalam pengelolaan rumah sakit, karena semua rumah sakit benteng sebenarnya merupakan rumah sakit militer. Kita dapat berasumsi bahwa, sebagaimana yang dikemukakan oleh Porath (2008), rumah sakit akan melakukan hukuman berat ini pada pasien yang menunjukkan penyimpangan perilaku dan mental.

Adanya pasien dengan persoalan kejiwaan ini dikuatkan oleh studi yang dilakukan oleh Dash (2002) yang menyatakan bahwa pada akhir 1620-an, VOC telah mengenal berbagai penyakit jiwa yang disebabkan oleh perjalanan panjang ke timur. Akibat tekanan yang menyiksa dari cuaca panas kathulistiwa dan kapal yang penuh hama (kutu, kecoa, dll.) selama perjalanan panjang ke dunia timur,

banyak pelayar Belanda menjadi gila. Depresi seringkali terjadi pada minggu-minggu awal pelayaran, dan dalam beberapa kasus sangat parah sehingga para penderita menolak untuk berbicara atau bahkan makan. Arsip VOC berisi banyak catatan tentang orang-orang yang meloncat ke laut untuk mengakhiri penderitaan ini (Dash, 2002). Artinya, sebagian pelayar yang mendarat di Batavia, Amboina, Banda atau wilayah-wilayah VOC lainnya dan dirawat di bilik-bilik dalam rumah sakit benteng disana, dan menunjukkan tanda-tanda penyimpangan perilaku dan mental, sebenarnya mengalami masalah kejiwaan atau bahkan menderita gangguan jiwa.

Setelah pendirian rumah sakit permanen di Batavia, berturut turut pada sekitar tahun 1650-an, VOC mendirikan rumah sakit permanen di pulau-pulau luar (*Buitengewesten/ Outer Islands*), yakni Amboina (1648), Ternate (1658) dan Banda (sekitar 1664). Schoute (dalam Porath, 2008) menyebutkan sebuah laporan dari Banda yang menceritakan tentang seorang saudagar Belanda yang 'menjadi gila' dan dirawat di rumah sakit di sana. Karena tidak dapat menangani pasien tersebut, rumah sakit setempat mengirimkannya ke rumah sakit di Batavia, dimana pasien cenderung dapat dipulangkan lebih cepat. Pengalihan 'orang Eropa yang menjadi gila' ini menunjukkan bahwa sistem rujukan rumah sakit di Nusantara telah berjalan dengan rumah sakit di Batavia sebagai titik pusat hierarkinya. Pola ini menjadi ciri abadi sistem perawatan kesehatan di Indonesia di masa depan, dimana geografi kekuasaan menentukan lokasi rumah sakit dan menentukan hubungan di antara mereka (Porath, 2008).

Selain rumah sakit yang dikelola oleh VOC, terdapat pula rumah sakit yang diinisiasi dan dikelola oleh organisasi sosial gereja (*Diaconie*) yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin pribumi. Lembaga ini didirikan pada tahun 1635 dan merupakan sebuah panti asuhan yang merangkap sebagai rumah sakit kaum miskin. Menurut Schoute (sebagaimana dikutip dalam Zondervan, 2016, & Porath, 2008), ini merupakan lembaga Eropa pertama di Nusantara yang melayani penduduk pribumi miskin dan sakit di Batavia dan sekitarnya. Pada awalnya lembaga ini menampung 14 anak yatim piatu, namun kemudian juga menampung para budak yang telah dibebaskan (kaum *mardijker*[4]), serta

4. Disebut juga "Orang Portugis Hitam", mereka berasal dari wilayah-wilayah Portugis yang ditaklukan oleh VOC di Malaka dan India. Sebagian besar dari mereka merupakan budak yang dibawa dan dimerdekakan oleh Portugis karena masuk Kristen (Blackburn, 2012).

orang-orang terluka yang sebelumnya dirawat di rumah pribadi *Chirurgijn* Kota. Sekitar tahun 1639, bangunan yang semula terbuat dari sirap dan bambu diganti dengan bangunan bata. Pada tahun 1690, jumlah pasien telah meningkat pesat dan rumah yang berdekatan dibeli untuk memperbesar institusi (Zondervan, 2016). Belakangan, sejumlah kecil 'orang gila' Eropa juga ditampung di sini, sedangkan 'orang gila' pribumi berada dipenjara dan dirantai (Porath, 2008).

Institusi ketiga yang juga sangat penting dalam sejarah penanganan orang dengan gangguan jiwa di Nusantara, selain yang dikelola oleh VOC dan komunitas Eropa adalah rumah sakit Cina, yang didirikan pada tahun 1640. Rumah sakit ini didanai dan dikelola oleh komunitas Cina di Batavia. Perawatan pasien diberikan oleh dokter Cina dan VOC memberikan ganti rugi sebesar 10 real per bulan untuk pegawai VOC yang dirawat disana. Pada tahun 1661 bangunan tersebut hancur dan diganti dengan bangunan baru dari bata (Zondervan, 2016).

Namun malangnya, pada tahun 1740, seluruh penghuni rumah sakit dibunuh, beserta seluruh komunitas orang Cina yang tinggal di Batavia dalam pembantaian yang berlangsung selama 13 hari pada bulan Oktober[5]. Schoute (sebagaimana dikutip dalam Zondervan, 2016) mengemukakan bahwa dibutuhkan beberapa dekade untuk pulih dari bencana ini, dan pada tahun 1770 kondisi rumah sakit berangsur membaik dan jumlah pasien kembali meningkat. Pada tahun 1776, rumah sakit membeli gedung yang berdekatan dengannya, yang pada saat itu merupakan sebuah *spinhuis* (*spinning-house*)[6] dan diintegrasikan ke dalam rumah sakit untuk mendapatkan kamar yang lebih cocok untuk mengurung individu yang mengalami gangguan jiwa. Sejak saat itu, orang-orang yang mengalami gangguan jiwa ditempatkan di bangsal ini. Bilik-bilik di bangsal ini memiliki jendela berjeruji dan pintu yang digembok dengan teralis untuk melewatkan makanan. Setiap bilik dilengkapi dengan bangku kayu dan dengan perlengkapan untuk merantai 'orang gila yang memberontak'. Pada tahun 1795 penderita kusta juga ditampung di bagian rumah sakit ini dan pada awal abad kesembilan belas, semakin banyak penduduk pribumi, baik dari

5. Peristiwa ini dikenal sebagai Geger Pacinan atau Tragedi Angke.

6. Disebut juga sebagai 'rumah koreksi perempuan' (*woman's house of correction*), dimana perempuan-perempuan yang dianggap melanggar tata susila dikurung dan dipekerjakan dalam pekerjaan pemintalan. Praktek ini bermula di Inggris pada tahun 1600an dan berakhir pada tahun 1901.

Batavia maupun dari pulau-pulau luar yang ditampung di rumah sakit Cina di Batavia ini. Belakangan, rumah sakit Cina ini terkenal sebagai rumah sakit penampungan orang-orang yang mengalami gangguan jiwa (Porath, 2008).

Pada masa ini pengertian tentang kegilaan (*insanity*) mengikuti konsep yang berkembang di dunia Barat. Dalam dunia Barat kala itu, kegilaan dipandang sebagai hilangnya akal (*the loss of reason*), dimana akal merupakan penciri utama manusia, yang membedakannya dengan binatang liar. Oleh karenanya, orang-orang dengan gangguan jiwa yang menghuni panti penampungan (*dulhuijs/madhouse*) diperlakukan layaknya binatang liar, mereka dianggap tidak peka terhadap penyakit dan suhu yang ekstrim (Pols, 2017). Fungsi utama dari panti penampungan tersebut adalah untuk melindungi masyarakat dari perilaku individu yang mengganggu, tak terduga, dan berpotensi melakukan kekerasan, sementara tugas utama para pekerja disana adalah memelihara ketertiban (Pols, 2017; Pols, dkk. 2019). Oleh karenanya, praktek pengurungan orang dengan gangguan jiwa dan pemisahan dengan lingkungan sosial merupakan praktek yang lazim dilakukan kala itu.

Teori medis Eropa pada saat itu menyatakan bahwa penyakit dan kesehatan bergantung pada keseimbangan cairan tubuh. Iklim lembab di Asia Tenggara, yang sebagian besar asing bagi kondisi orang Eropa Utara, diyakini memiliki efek yang mengerikan pada cairan tubuh mereka, terutama ketika perubahan lingkungan terjadi dengan cepat. Perawatan terapeutik yang paling umum dilakukan oleh para dokter Eropa adalah pemulihan keseimbangan cairan melalui pengaliran darah, bekam, dan trepanasi, di mana sebuah lubang dibor ke dalam tengkorak untuk mengeluarkan nanah dan cairan tengkorak lainnya. Mereka yang menderita kegilaan akan dirantai jika mereka menjadi sulit diatur (Porath, 2008).

Situasi ini berubah ketika terjadi revolusi dalam penanganan orang dengan gangguan jiwa yang diperopori oleh Pinel di Perancis dan Tuke di Inggris. Pendekatan mereka yang dikenal dengan terapi moral mengubah model pengurungan menjadi model yang lebih manusiawi, meskipun masih memisahkan dengan pasien lain. Philippe Pinel, seorang dokter Perancis terkemuka yang, pada tahun 1790-an melepaskan rantai pasien gangguan jiwa di rumah sakit Bicêtre

dan Salpêtrière. Melalui risalah yang ditulisnya tahun 1801 ia mengemukakan tentang kemungkinan penyembuhan orang dengan gangguan jiwa di rumah sakit jiwa dan mengembalikan mereka ke masyarakat. Pada saat yang hampir bersamaan, William Tuke, seorang Quaker Inggris, membuka tempat retret yang semula ditujukan untuk kaum Quaker di Yorkshire. Perawatan yang dilakukan di sini didasarkan pada 'kebaikan hati' yang akan mengarahkan kembali keinginan moral pasien untuk sembuh (Porath, 2008). Sejak saat itu orang-orang dengan gangguan jiwa dianggap sebagai orang yang sakit dan memiliki kemungkinan untuk disembuhkan, dan bukan lagi dianggap 'orang gila' yang harus disingkirkan dari lingkungan sosial dengan dikurung/dipenjara. Institusi kesehatan baru ini mengantarkan era baru yang disebut sebagai 'terapi moral'—atau dalam istilah Pinel, '*le traitement moral*'—yang merupakan pendahulu dari bentuk psikoterapi selanjutnya.

Perawatan dengan pendekatan terapi moral dianggap sangat berhasil, dan penyebarluasannya membangkitkan optimisme baru tentang perawatan orang dengan gangguan jiwa yang menginspirasi pembangunan rumah sakit jiwa model baru di Eropa Barat. Hal ini juga berpengaruh pada model penanganan di Belanda, dengan dikeluarkannya Dekrit Kerajaan (*Koninklijk Besluit*) oleh Raja Willem I pada 11 April 1818. Melalui keputusan yang kemudian dikenal sebagai "Dekrit Kemanusiaan" (*Menschlievend Besluit*) ini, Raja Willem I memerintahkan pemeriksaan kinerja rumah-rumah sakit jiwa (*krankzinnigengestichten*) dan menentukan tujuan dari lembaga-lembaga ini. Dokumen tersebut menyatakan bahwa penyembuhan orang dengan gangguan jiwa harus menjadi tujuan pokok dari rumah sakit jiwa, alih-alih membiarkan mereka seumur hidup berada di rumah sakit. Raja berupaya untuk mensentralisasi tempat-tempat perawatan orang-orang miskin, perawatan para lansia (*gasthuizen*) dan tempat perawatan bagi orang dengan gangguan jiwa. Kebijakan sentralisasi ini memunculkan banyak penentangan, karena para pimpinan lembaga-lembaga tersebut, baik di tingkat pusat maupun daerah masih berkeinginan untuk tetap memegang kendali terhadap lembaga mereka (Zondervan, 2016).

Baru pada tahun 1841, parlemen Belanda meratifikasi undang-undang baru yang mengatur komitmen agar orang dengan gangguan jiwa dirawat di

rumah sakit jiwa (*Krankzinnigengestichten/insane asylum*). Tokoh utama reformasi ini adalah Prof. J.L.C. Schroeder van der Kolk, yang merumuskan standar untuk merombak institusi yang ada, yang kondisinya memprihatinkan (Edington & Pols, 2016). Para reformis rumah sakit Belanda berpendapat bahwa penderita gangguan jiwa bukanlah individu yang kejam dan berbahaya yang patut dikurung di dalam sel, melainkan individu yang bingung yang perlu dididik ulang dengan tangan yang tegas namun membimbing dengan penuh kebapakan (Edington & Pols, 2016). Pada tahun 1849, sebuah rumah sakit jiwa baru bernama Meerenberg, yang dibangun di dekat Haarlem, mulai menerima pasien. Institusi tersebut dibangun di pedesaan untuk menyediakan terapi kerja (*labor therapy*) melalui kegiatan pertanian, dan mungkin merupakan institusi pertama di benua Eropa yang sepenuhnya menghapus pengekangan fisik. Meerenberg terkenal sebagai rumah sakit jiwa terbaik di Belanda dan salah satu yang terbaik di Eropa (Edington & Pols, 2016).

Pendirian rumah sakit jiwa di Hindia Belanda mengikuti reformasi perawatan orang dengan gangguan jiwa di Belanda yang dimulai pada tahun 1841 tersebut (de Waardt 2005; Gijswijt-Hofstra 2005, sebagaimana dikutip dalam Pols & Wibisono. 2017). Setelah mencermati banyaknya orang dengan gangguan jiwa yang hanya menghabiskan waktu di penjara tanpa menerima perawatan yang tepat, beberapa dokter kolonial menganjurkan pembangunan fasilitas rumah sakit (Pols & Wibisono, 2017). Pada tahun 1862, Gubernur Jenderal Hindia Belanda meminta dilakukan survei fasilitas bagi orang dengan gangguan jiwa di wilayah jajahan, termasuk rekomendasi perbaikannya. Laporan pertama ditulis oleh Kepala Dinas Kesehatan Militer, G. Wassink, yang pada tahun 1856 menyelidiki keberadaan orang dengan gangguan jiwa di Jawa dan Madura. Sebuah penelitian inventory dilakukannya untuk memetakan kebutuhan terkait pembangunan rumah sakit jiwa (*krankzinnigengestichten*) di Jawa. Hasil dari penelitian ini adalah bahwa kapasitas total 300 tempat tidur dianggap cukup untuk memenuhi kebutuhan di Jawa. Hasil ini menjadi objek ketidaksepakatan antara otoritas kesehatan Belanda dan Hindia Belanda (Zondervan, 2016).

Untuk mengakhiri ketegangan, Raja Willem III turun tangan dan memprakarsai komisi ahli untuk melakukan penelitian kembali tentang

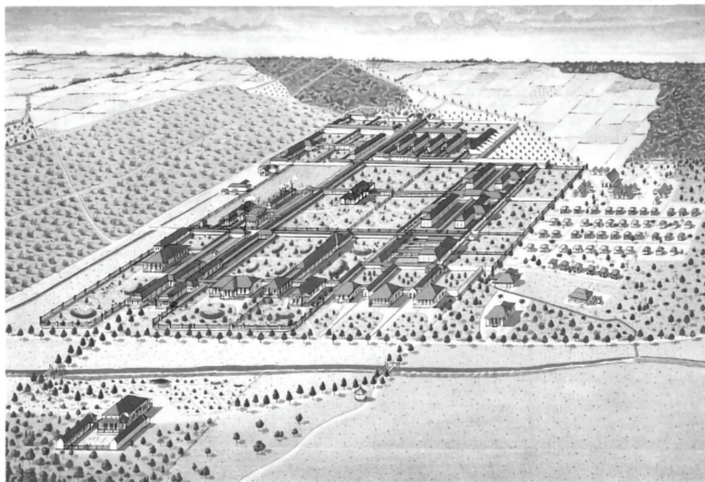
kebutuhan riil yang sesuai dengan kondisi perawatan jiwa di Jawa. Pada tahun 1866, pemerintah Belanda menginstruksikan dua orang dokter, F. H. Bauer dan W.M. Smit untuk melakukan survei dan membuat laporan. Kedua orang dokter ini memiliki pengalaman terlibat dalam perawatan orang dengan gangguan jiwa. Smit telah bekerja sebagai dokter di Hindia Belanda untuk waktu yang cukup lama, sedangkan Bauer sebelumnya telah dipekerjakan di Meerenberg, di mana kedua penulis menghabiskan dua bulan untuk mempelajari praktiknya. Mereka juga telah mengunjungi rumah-rumah sakit di Inggris, Jerman, Belgia, dan Prancis, dan mereka juga memberikan gambaran umum tentang institusi di sejumlah wilayah tropis. Laporan yang mereka buat selesai ditulis pada 1868, dan jauh lebih jelas daripada laporan pertama. Laporan tersebut mengutuk lembaga-lembaga yang ada di Hindia Belanda yang sama sekali tidak memadai, dan menyatakan bahwa banyak orang gila menghabiskan waktu lama di penjara menunggu pemindahan, yang memperburuk kondisi mereka (Edington & Pols, 2017).

Bauer dan Smit meminta izin kepada pemerintah Belanda untuk membuka rumah sakit jiwa di Buitenzorg (Bogor). Lokasi tersebut dipilih dengan alasan bahwa Buitenzorg dekat dengan Batavia, namun agak terpencil, sehingga sesuai dengan prinsip terapeutik perawatan kustodial melalui isolasi dari masyarakat lainnya (Setyonegoro 1976). Perlu waktu yang cukup lama sampai akhirnya rekomendasi dari Bauer dan Smit tersebut dapat direaliasasikan. Baru pada tahun 1875 dikeluarkan keputusan untuk pembangunan rumah sakit di Buitenzorg ini, dan pada tahun 1882 rumah sakit ini mulai menerima pasien (Porath, 2008).

Rumah sakit baru ini merupakan rumah sakit jiwa modern pertama di Hindia Belanda dan dapat disejajarkan dengan rumah sakit jiwa modern terkini di Belanda, Meerenberg (Zondervan, 2016). Desainnya bergaya paviliun dan mengikuti rekomendasi laporan Bauer dan Smit. Paviliunnya menampung pasien Eropa (dibagi menjadi tiga kelas terpisah), dan pasien pribumi (dibagi menjadi kelompok 'tenang' dan 'gelisah'). Ketika sudah dianggap tidak lagi berisiko bagi diri mereka sendiri atau orang-orang di sekitar mereka, pasien pribumi ditempatkan di perumahan sederhana di koloni pertanian yang berdekatan, di

mana mereka bekerja di ladang. Pada rumah sakit ini pengekangan fisik dan isolasi jarang digunakan (Edington & Pols, 2017).

Rumah sakit jiwa Buitenzorg dipandang sebagai tempat yang sangat ideal untuk merawat pasien Eropa karena setara dengan institusi terbaik di Eropa dan Amerika Utara. Namun, dianggap terlalu mahal untuk menampung pasien pribumi. Beberapa dokter berpendapat bahwa pasien pribumi tidak akan merasa betah di bangunan bata besar dan lebih suka konstruksi sederhana yang menggunakan kayu dan bambu yang menyerupai perumahan di desa asal mereka. Ketika rumah sakit jiwa kedua didirikan di Lawang pada tahun 1902, bangunannya terbuat dari kayu dan bambu, yang tumbuh subur di wilayah setempat. Pada tahun 1916, ketika rumah sakit jiwa tersebut menampung sekitar seribu pasien pribumi, sebuah koloni pertanian bernama Suko, dengan dua balai besar, dibangun agak jauh dari rumah sakit. Pasien melakukan semua pekerjaan termasuk membangun jalan dan mempersiapkan area untuk pertanian. Beberapa tahun kemudian koloni kedua, Sempoh, dibangun di area perbukitan dekat hutan. Pembabatan hutan dan pembangunan jalan, gedung, dan penyediaan air semuanya juga dilakukan oleh pasien dengan pengawasan minimal (Edington & Pols, 2017).



Het krankzinnigen-gesticht te Buitenzorg.

Gambar 1. Rumah Sakit Jiwa Bogor (*Het krankzinnigen-gesticht te Buitenzorg*) sekitar tahun 1890, dengan lahan pertanian dan area terbuka untuk merawat pasien (Sumber: Koleksi KITLV 50N8)

Pada tahun 1923, dua rumah sakit jiwa lainnya didirikan, yang pertama di Magelang dan yang kedua di Sabang (pulau Weh), yakni titik paling utara Sumatera dan merupakan stasiun batu bara yang penting. Selain itu, beberapa jenis fasilitas perawatan gangguan jiwa yang berbeda juga didirikan, seperti *doorgangshuizen* (rawat perantara) untuk pengobatan kasus akut hingga enam bulan dan *verplegingshuizen voor krankzinnigen* (rawat inap gangguan jiwa) untuk pasien yang tinggal lama. Di samping itu, masalah perawatan jangka panjang sebagian dipenuhi oleh mendirikan apa yang disebut *landbouwkolonies* (Komunitas pertanian). Pasien jangka panjang yang tidak membutuhkan perawatan intensif, dapat hidup dan bekerja bersama dan menjadi bagian dari komunitas sekitarnya. Kadang-kadang pasien yang pendiam menemukan pekerjaan di rumah sakit atau ditempatkan oleh keluarga di lingkungan sekitar (Zondervan, 2016). *Doorgangshuis* di Solo dibuka tahun 1919, Grogol di Batavia pada 1924, Semarang dan Surabaya didirikan tahun 1929, sementara di luar Jawa juga didirikan *doorgangshuizen*, yaitu di Gloegoer di Medan, dan Makassar (Thong, 2011). Ada juga model perawatan yang disebut dengan *gezinsverpleging* (perawatan keluarga) yang diterapkan di Bogor sejak tahun 1903. Perawatan ini dilakukan dengan menitipkan penderita gangguan jiwa pada keluarga perawat rumah sakit jiwa. Namun ternyata kebijakan ini mengalami banyak kelemahan, antara lain perawatan yang kurang baik, bahkan terjadi pemerasan dan penelantaran penderita. Sehingga, pada tahun 1925 oleh Kepala Rumah Sakit, dr. Travaglino, model *gezinsverpleging* ini ditiadakan (Thong 2011).

Semua fasilitas perawatan jiwa tersebut adalah lembaga pemerintah dan pekerjanya adalah pegawai negeri. Instansi yang bertanggung jawab terhadap masalah penanganan gangguan jiwa adalah *Dienst van het Krankzinnigewezen* yang dipimpin oleh seorang *inspecteur* pribumi yaitu dr. R. Tumbelaka yang merupakan orang pertama dan terakhir di masa Hindia Belanda. Selanjutnya instansi ini ditutup dan digabung dengan unit lain yaitu *Dienst van Gezondheid*, di mana urusan kesehatan jiwa diserahkan kepada seorang dokter umum yaitu dr. Fischer dan didampingi seorang psikiater yaitu dr. Prins. Pada masa ini juga terjadi pembagian wewenang, bahwa semua *doorgangshuizen* ditangani oleh instansi ini, sedangkan *verpleegtehuizen* dan *colonies* di bawah pengawasan provinsi (Thong,

2011). Pola administrasi dan jenis pelayanan semacam ini berlangsung hingga kedatangan balatentara Jepang dan menyerahnya Hindia Belanda pada tahun 1942.

Pada masa pendudukan Jepang, antara tahun 1942-1945, pengembangan kesehatan jiwa di Indonesia memasuki masa-masa suram. Pemerintah pendudukan tidak menaruh banyak perhatian pada penderita gangguan jiwa di Indonesia, sehingga keadaan mereka menjadi sangat buruk. Kekurangan biaya makan dan obat-obatan membuat angka kematian menjadi meningkat, sehingga menyebabkan penurunan tajam pada jumlah penghuni rumah sakit jiwa (Notosoedirdjo, 1980). Tidak ada harapan untuk membangun kearah kemajuan bagi kesejahteraan pasien maupun kemajuan di bidang kesehatan jiwa di Indonesia. Bahkan kerusakan dan keterlantaran yang diakibatkan oleh masa pendudukan Jepang ini, membutuhkan waktu yang sangat lama untuk memulihkannya kembali di kemudian hari (Setyonegoro, 1976).

Rumah-rumah sakit jiwa, sebagaimana juga bangunan-bangunan strategis lainnya banyak diambil alih oleh militer Jepang dan digunakan untuk kepentingan perang. Salah satunya adalah Rumah Sakit Jiwa Sabang. Rumah sakit ini pada zaman Hindia Belanda dapat menampung sekitar 1300 pasien. Ketika militer Jepang mengambil alih rumah sakit tersebut, pasien-pasien dipindahkan dengan paksa. Sebagian dipulangkan dan sebagian lainnya dipindahkan ke rumah-rumah sakit lain di wilayah Asia Tenggara, seperti di Medan, Tanjung Rambutan (Ipoh), Malaysia dan bahkan hingga ke Mandaluyong di dekat Manila. Penguasaan oleh pihak militer ini menyebabkan bangunan rumah sakit menjadi sasaran bom sekutu di akhir perang pasifik, sehingga hancur sama sekali (Setyonegoro, 1976).

Pemerintah pendudukan Jepang juga menutup semua institusi pendidikan tinggi, termasuk Sekolah Dokter Surabaya (Nederlands-Indische Artsen School/NIAS) Sekolah Dokter Batavia (Geneeskundige Hogeschool/ GH). Atas permohonan beberapa mahasiswa kedokteran serta dokter senior yang menyadari mendesaknya kebutuhan akan dokter, pemerintah pendudukan Jepang mendirikan kembali pendidikan kedokteran dengan membuka Ika Daigaku (Sekolah Kedokteran) pada tahun 1943. Dokter-dokter Indonesia

yang sebelumnya membantu pengajaran kedokteran di GH dan NIAS, ditunjuk menjadi pengajar di sekolah kedokteran ini. (Pols, dkk., 2019, Pols & Wibisono, 2017). Pemerintah pendudukan Jepang masih mempertahankan bagian Psikiatri dan Neurologi sebagai suatu bagian yang otonom dari sekolah tinggi ini. Dengan demikian pada masa ini, pendidikan bagi calon-calon dokter saraf (neurolog) dan dokter jiwa (psikiater) di kelak kemudian hari, masih dapat dilanjutkan (Setyonegoro, 1976).

Proklamasi kemerdekaan Indonesia pada tanggal 17 Agustus 1945, membawa angin segar bagi usaha perawatan penderita gangguan jiwa serta organisasi administratif di bidang kesehatan jiwa yang selama ini terbengkalai. Menurut dr. Kusumanto Setyonegoro, bapak Psikiatri Indonesia, kemerdekaan Indonesia mengandung arti yang mendalam karena sejak saat itu bidang kesehatan jiwa di Indonesia dapat secara lebih sistematis dan progresif memperhatikan hal-hal sosial dan budaya yang inheren dengan materi kesehatan jiwa tersebut (Setyonegoro, 1976). Namun upaya-upaya tersebut mendapatkan tantangan yang berat karena kekuatan finansial dan organisatoris pemerintah Republik Indonesia masih sangat terbatas. Ditambah lagi dengan upaya mempertahankan kemerdekaan Indonesia dalam menghadapi agresi militer Belanda.

Meskipun demikian, pada masa revolusi fisik yang penuh gejolak tersebut pemerintah Republik Indonesia telah meletakkan landasan yang amat penting bagi perkembangan kesehatan jiwa di Indonesia. Hal itu dilakukan dengan membentuk Jawatan Urusan Penyakit Jiwa dalam lingkungan Departemen Kesehatan pada bulan Oktober 1947. Jawatan tersebut dipimpin oleh dr. Marzuki Mahdi hingga tahun 1958 (Setyonegoro, 1976). Dr. Marzuki Mahdi adalah dokter yang pernah bekerja di rumah sakit jiwa Bogor. Prestasi utamanya terkait dengan pengembangan sistem kesehatan jiwa adalah melakukan pemeliharaan terhadap rumah-rumah sakit jiwa yang kondisinya sangat buruk karena dibiarkan terbengkalai selama bertahun-tahun[7] (Pols, 2006). Jawatan tersebut sejak terbentuknya pada tahun 1947 belum dapat melaksanakan tugas

7. Pada masa ini, banyak gedung, bangunan dan instalasi fisik lain dari rumah-rumah sakit jiwa di Indonesia berada dalam keadaan rusak berat dan tidak dapat dipergunakan lagi untuk merawat pasien mental. Sebagian gedung yang berada dalam kondisi yang baik, digunakan oleh TNI sebagai markas atau mess. Hal ini terjadi di rumah-rumah sakit jiwa Bogor, Magelang, Lawang, Semarang, Palembang, Padang, Medan dan Sabang (Setyonegoro, 1976).

sebagaimana mestinya akibat adanya Agresi Militer Belanda yang kedua pada tahun 1948. Setelah pengakuan kedaulatan pada bulan Desember 1949 barulah jawatan tersebut dapat bekerja efektif.

Selama tahun 1950-an, rumah-rumah sakit jiwa yang didirikan selama masa kolonial tetap berfungsi (dan pada umumnya menyediakan perawatan kustodial), kecuali di Sabang, yang rusak parah selama perang (Pols, 2006). Beberapa fasilitas pelayanan kesehatan jiwa, seperti *Landbouwkolonies* (Koloni Orang Sakit Jiwa/KOSJ) juga dibuka kembali[8], meskipun ada yang justru ditutup[9]. Struktur dan sistem perawatan kesehatan jiwa untuk sementara dipertahankan sebagaimana pada jaman Hindia Belanda dan Jepang, hingga dapat dilakukan modernisasi (Setyonegoro, 1965), yakni "*Krankzinnigengestichten*" dan "*Doorgangshuizen*" berada langsung dibawah *Dients van Gezondheid* (Departemen Kesehatan), sedangkan "*Verpleegtehuizen*" dan "*Landbouwkolonies*" berada dibawah wewenang daerah (Provinsi). Nama-nama baru kemudian diberikan untuk beberapa jenis fasilitas kesehatan jiwa ini, yakni "Rumah Sakit Jiwa Pusat/RSJP" (untuk *Krankzinnigengestichten*), "Rumah Sakit Jiwa/RSJ" (untuk *Doorgangshuizen*), "Rumah Perawatan Sakit Jiwa/RPSJ" (untuk *Verpleegtehuizen*) dan "Koloni Orang Sakit Jiwa/KOSJ" (untuk *Landbouwkolonies*) (Setyonegoro, 1976).

Selama tahun 1950-an hingga awal 1960-an, rumah sakit jiwa di Indonesia hanya mampu memberikan perawatan kustodial dan kesempatan untuk melakukan pengobatan sangat terbatas. Terapi yang tersedia adalah terapi okupasi, serta—dalam beberapa kasus—*electroconvulsive therapy* (ECT) atau terapi kejut listrik, yang diberikan dalam kondisi yang agak memperihatinkan. Obat hanya diberikan dalam kasus yang jarang terjadi sehingga keluarga mampu membelinya (Kline, 1963, sebagaimana dikutip dalam Pols, 2006).

Pendanaan untuk rumah sakit jiwa juga sangat terbatas dan para dokter yang bekerja di sana berupaya untuk mempertahankan kualitas layanan seperti zaman sebelum perang (Pols, 2017). Dalam hal ini pemerintah menghadapi

8. Misalnya KOSJ Lenteng Agung (dekat Jakarta) kembali dibuka tahun 1954 (Setyonegoro, 1976).
9. Misalnya KOSJ Semblimbingan di Kotabaru (Pulau Laut) berkapasitas 200 tempat tidur, terpaksa ditutup karena dibakar habis oleh gerombolan DI/TII pada tahun 1955, dan sekitar 160 orang pasien dan pegawainya terpaksa diungsikan ke berbagai fasilitas kesehatan jiwa lainnya di Pontiana, Banjarmasin dan Jakarta (Setyonegoro, 1976).

sebuah dilema, dimana pada satu sisi membutuhkan lebih banyak rumah sakit jiwa untuk menampung para penderita gangguan jiwa yang jumlahnya sangat banyak, namun pada sisi yang lain juga membutuhkan biaya bagi upaya-upaya preventif dan kuratif pada bidang-bidang yang lain (Leimena, 1955). Meskipun demikian, pada saat yang sama beberapa rencana bagi masa depan sistem layanan kesehatan di Indonesia sedang diformulasikan oleh Menteri Kesehatan Leimena, di mana di dalamnya termasuk pembangunan pusat-pusat kesehatan masyarakat (yang kemudian disebut sebagai Puskesmas) (Pols, 2017).

Pada aspek pendekatan yang lebih bersifat promotif dan preventif terhadap gangguan jiwa, Indonesia terhitung agak terlambat dalam mengikuti perkembangan di tingkat global. Jika Gerakan-gerakan *mental hygiene* sebagai pendahulu dari pendekatan kesehatan jiwa (*mental health*) telah dimulai di berbagai belahan dunia, khususnya Amerika dan Eropa sejak awal abad ke-20, maka di Indonesia baru dijajaki setelah usai perang dunia kedua (Wartomo, 1980). Bahkan satu dasawarsa setelahnya, pada tahun 1955, Indonesia masih belum memasuki fase perkembangan kearah ini. Hal ini sebagaimana ditegaskan oleh Menteri Kesehatan dr. J. Leimena yang menyatakan bahwa:

> Kalau di negeri-negeri yang terkemuka, seperti di Eropa Barat atau Amerika Utara, pikiran dan tindakan ahli-ahli kesehatan dan masyarakat umumnya telah ditujukan kearah "*mental hygiene*" atau "*geestelijke volksgezondheid*", ialah kesehatan rohani dengan arti yang seluas-luasnya, maka di Indonesia belumlah kita memasuki fase perkembangan ini. Disamping keyakinan bahwa lapangan "psychiatri masyarakat" (*sociale psychiatrie*) perlu dikerjakan, dan pengharapan bahwa aspek ini dari ilmu kedokteran kiranya makin lama makin banyak mendapat perhatian dari ahli-ahli kesehatan, kita berhadapan dengan suatu keharusan mengerjakan hal-hal yang paling urgent di lapangan penyakit jiwa (Leimena, 1955: 103).

Pernyataan Leimena tersebut juga menegaskan bahwa, meskipun perkembangan kesehatan jiwa di Indonesia masih belum nampak, namun

kita bisa melihat adanya prioritas pada perkembangan psikiatri masyarakat (yang nantinya menjadi embrio dari pendekatan kesehatan jiwa masyarakat) yang dilakukan sebagai upaya preventif. Meskipun demikian, upaya ke arah perwujudan pendekatan kesehatan jiwa dalam penanganan penderita gangguan jiwa dapat kita lihat dari perubahan nomenklatur jawatan yang ada dalam lingkup Kementerian Kesehatan. Jawatan Urusan Penyakit Jiwa yang pada tahun 1959 diubah menjadi Bagian Penyakit Jiwa, pada tahun 1960 berganti nama menjadi Bagian Kesehatan Jiwa (Setyonegoro, 1976; Wartomo, 1980). Selain itu, istilah dan konsep 'Kesehatan Jiwa' sudah mulai digunakan dalam literatur akademik, salah satunya dalam pengukuhan guru besar Prof. dr. Soejonoes pada tahun 1958 di Universitas Airlangga (Soejonoes, 1959).

Memasuki dasawarsa 1960an, perkembangan Kesehatan Jiwa di Indonesia menunjukkan arah yang semakin baik. Masa ini ditandai oleh berbagai upaya di bidang kesehatan jiwa yang bertujuan untuk memberikan landasan ilmiah yang lebih mengikuti jaman dalam perkembangan psikiatri modern. Salah satunya adalah peningkatan status Bagian Kesehatan Jiwa menjadi Direktorat Kesehatan Jiwa pada tahun 1966 (Setyonegoro, 1976; Wartomo, 1980). Dalam Direktorat ini kemudian dibentuk bidang-bidang preventif, kuratif, rehabilitasi dan pendidikan paramedik. Dengan demikian telah dimulai upaya-upaya berkesinambungan antara kegiatan inta-mural rumah sakit jiwa dan kegiatan ekstra-mural, sehingga—meminjam istilah dr. Kusumanto—'membebaskan' rumah sakit jiwa dari 'belenggu' atau 'isolasi' nya, yang telah tercipta secara tidak sengaja (Setyonegoro, 1976). Senada dengan hal tersebut, pada tahun 1966, Departemen Kesehatan menyelenggarakan pertemuan nasional psikiater untuk membahas masa depan perawatan kesehatan jiwa di Indonesia. Pada pertemuan ini diadopsi tiga prinsip dasar: pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Para peserta sepakat bahwa perawatan kesehatan mental perlu dikembangkan di luar perawatan rumah sakit untuk mencakup pencegahan dan rehabilitasi (Pols & Wibisono, 2017).

Peran lembaga swasta dalam ikut serta menangani persoalan kesehatan jiwa dalam masyarakat juga mengalami perkembangan yang cukup baik. Pada tahun 1961, dr. Kusumanto Setyonegoro mendirikan klinik kesehatan jiwa

(*mental health clinic*) swasta pertama, Sanatorium Dharmawangsa, di Jakarta Selatan, dengan kapasitas awal sejumlah 20 tempat tidur. Klinik ini merupakan bagian dari yayasan kesehatan mental swasta pertama di Indonesia, yakni Yayasan Kesehatan Jiwa "Dharmawangsa". Sanatorium Dharmawangsa mempelopori reformasi psikiatri di Indonesia pada tahun-tahun berikutnya[10] (Pols, 2006). Tiga klinik kesehatan jiwa swasta lagi didirikan di wilayah Jakarta pada tahun-tahun berikutnya, yakni Sanatorium Dharmabakti (1968), Sanatorium Dharmajaya (1970) dan Sanatorium Ongkomulyo (1971). Perkembangan klinik-klinik swasta ini diikuti dengan pendirian beberapa fasilitas kesehatan jiwa di Yogyakarta, Surabaya, Medan dan kota-kota besar lainnya. Melalui berbagai klinik tersebut, bidang usaha kesehatan jiwa yang bersifat prevensi dan penyuluhan, serta bidang usaha rehabilitasi pasien mental yang kronis mulai ditangani (Setyonegoro, 1976).

Dasawarsa 1960-an juga ditandai oleh disahkannya Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa (UU No. 3 Tahun 1966), yang menggantikan *Het Reglement op het Krankzinnigenwezen* (Stbl. 1897 No. 54) yang hingga saat itu masih digunakan sebagai dasar penatalaksanaan kesehatan jiwa di Indonesia (Wartomo, 1980). Undang-undang ini mengamanatkan pendekatan komunitas terintegrasi untuk perawatan kesehatan mental (Pols & Wibisono, 2017). Implementasi undang-undang ini dimulai dengan menghimpun semua potensi guna melaksanakan modernisasi secara bertahap dari seluruh system rumah sakit dan fasilitas kesehatan jiwa di Indonesia (Setyonegoro, 1976). Pada tahun 1969, sistem perawatan kesehatan mental yang komprehensif diperkenalkan. Ini mengintegrasikan perawatan kesehatan mental ke dalam pusat kesehatan dasar (Pusat Kesehatan Masyarakat atau puskesmas). Rumah sakit jiwa yang ada menawarkan layanan rawat inap dan rawat jalan, konsultasi ke rumah sakit umum, dan pendidikan kesehatan masyarakat (Pols & Wibisono, 2017).

10. Antara lain melalui penerbitan majalah Jiwa: the Indonesian Psychiatric Quarterly tahun 1968 yang sangat aktif dalam pendidikan kesehatan masyarakat. Selain itu juga lewat Stasiun Penyiaran Kesehatan Mental Dharmawangsa beroperasi dari klinik tersebut (Dari 1972–1980). Stasiun radio ini hanya dikhususkan untuk pendidikan kesehatan masyarakat tentang masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan mental. Para Psikiater Sanatorium menyelenggarakan kursus singkat untuk pejabat pemerintah tentang penyakit jiwa dan kebutuhan akan fasilitas perawatan kesehatan jiwa yang lebih baik (Pols, 2006)

Satu catatan yang patut direnungkan dalam dasawarsa 1960-an ini adalah pergolakan politik yang berlangsung pasca tragedi tahun 1965 yang berujung pada kekerasan dan pembunuhan masal di berbagai wilayah Indonesia. Hal ini membawa dampak yang signifikan pada kondisi kesehatan jiwa masyarakat Indonesia. Menurut catatan dr. Witjaksana Roan, SpKJ (sebagaimana dikutip dalam Thong, 2011) masa 1965-1968 merupakan masa yang sangat tidak menguntungkan bagi para psikiater. Prahara politik memunculkan banyak ketegangan yang berdampak pada munculnya gangguan jiwa yang terkontaminasi politik. Stigma sosial yang dikenakan pada mereka yang dianggap komunis dapat mengakibatkan mereka mengalami sebuah trauma historis. Trauma historis merupakan trauma yang kompleks dan bersifat kolektif yang dialami oleh sekelompok orang yang memiliki identitas, keterikatan, dan kondisi yang sama dalam kurun waktu yang panjang dan melintasi beberapa generasi (Supartini & Agusno, 2019). Salah satu contoh adalah, dalam studi mengenai pasien percobaan bunuh diri yang tercatat di Bagian Psikiatri FKUI dalam periode 1965-1966 dan 1968-1969 terdapat kasus percobaan bunuh diri karena stigma komunis dan pengucilan oleh lingkungan sekitar (Bharja, 1972).

Memasuki era Orde Baru, dalam Repelita[11] I (1968-1973) dan Repelita II (1974-1979) telah dianggarkan proyek rehabilitasi fisik gedung-gedung rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia. Selain itu, tersedia anggaran untuk bidang-bidang penyuluhan, promosi, peningkatan, rehabilitasi dan riset kesehatan jiwa, termasuk juga untuk proyek pengintegrasian usaha kesehatan jiwa dalam Puskesmas (Setyonegoro, 1976).

Pada tahun 1971, dr. Kusumanto diangkat sebagai Direktur Direktorat Kesehatan Jiwa di lingkungan Departemen Kesehatan (dijabat hingga tahun 1989). Dalam posisi ini, ia meletakkan dasar bagi sistem pemberian perawatan kesehatan jiwa di Indonesia (Pols, 2006). Dalam periode tersebut, terjadi perubahan mendasar dalam pelayanan kesehatan jiwa. Perawatan yang semula bersifat custodial, mengalami revolusi menjadi perawatan yang lebih manusiawi, dan dari pelayanan intra-mural saja, kemudian ditambah dengan pelayanan ekstra mural (Thong, 2011). Bahkan, pada tahun 1975 diamanatkan bahwa setiap provinsi harus membentuk Badan Kesehatan Jiwa Masyarakat. Di sini, rumah

11. Rencana Pembangunan Lima Tahun

sakit jiwa menempati posisi sentral dalam memberikan perawatan kesehatan jiwa di setiap provinsi. Para psikiater rumah sakit jiwa diharapkan selalu siap untuk berkonsultasi dengan puskesmas dan rumah sakit setempat, serta terlibat dalam pendidikan kesehatan masyarakat. Dengan cara ini diharapkan ilmu kedokteran jiwa menjadi terintegrasi dalam sistem utama penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berpusat di sekitar Puskesmas (Pols & Wibisono, 2017).

Menurut catatan dr. Witjaksana Roan, Sp.KJ (sebagaimana dikutip dalam Thong, 2011) sejak 1971 Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI telah berupaya untuk mengarahkan upaya kesehatan jiwa yang secara rutin terikat pada rumah sakit jiwa keluar dari lingkungan rumah sakit dan menuju ke arah lingkungan dan pemukiman masyarakat umum. Ini merupakan pelayanan kesehatan jiwa yang menjadi permulaan dari suatu gerak ekstra-mural, yang tidak saja menjangkau Puskesmas dan rumah sakit umum tipe C dan D, tetapi juga kelompok dan organisasi masyarakat serta masyarakat itu sendiri. Dalam gerak esktra-mural itu, seluruh tenaga ahli kesehatan jiwa seperti psikiater, dokter, perawat, pekerja sosial dan lainnya, dilibatkan (Thong, 2011).

Semangat jaman (*zeitgeist*) pada era tersebut memungkinkan tumbuh suburnya kajian-kajian dan praktek-praktek yang berkaitan dengan kesehatan jiwa masyarakat, termasuk berkembangnya ilmu psikiatri komunitas. Secara akademik, psikiatri komunitas sebenarnya dimulai dengan langkah terobosan yang dilakukan oleh dr. Moelyono Notosoedirdjo, Sp.KJ. dari FK Unair yang mengambil tema psikiatri komunitas dalam disertasinya yang dipertahankan pada 28 Juni 1980 (Notosoedirdjo, 1980; Thong, 2011). Penelitian yang lain dilakukan ketika antara tahun 1975–1982, Direktorat Kesehatan Jiwa ditunjuk sebagai pusat kerja sama dari WHO-Kantor Wilayah Asia Tenggara. Selama periode tersebut, sejumlah proyek penelitian inovatif dilakukan. Salah satunya adalah survei kesehatan mental berbasis komunitas pada tahun 1983 (Salan, Mustar, & Gunawan, 1992, dalam Pols, 2006). Penelitian tersebut dipimpin oleh dr. Rudy Salan, SpKJ selaku kepala Subdirektorat Penelitian dan Pengembangan Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes, dia melakukan penelitian mengenai prevalensi gangguan jiwa di puskesmas Tambora, Jakarta Barat. Ini adalah penelitian epidemiologis pertama yang dilakukan di Indonesia, yang

berupaya menyadarkan banyak pihak bahwa penderita gangguan jiwa jauh lebih besar jumlahnya di lingkungan masyarakat daripada di dalam rumah sakit (Thong, 2011).

Munculnya semangat jaman yang menumbuhsuburkan pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas tidak serta merta membuat upaya-upaya yang dilakukan untuk mengembangkan pendekatan ini bisa berjalan dengan mulus. Dicabutnya Undang-Undang Kesehatan Jiwa tahun pada tahun 1993 dan diintegrasikannya layanan Kesehatan Jiwa dalam Undang-Undang Kesehatan (UU No. 23/1992), membuat sistem administrasi pelayanan kesehatan jiwa yang telah ada harus mengalami penataan ulang. Terlebih lagi setelah adanya Undang-Undang Otonomi daerah (UU No. 22/1999) yang membagi pengelolaan kebijakan pemerintah pusat dan pemerintah daerah, termasuk di dalamnya kebijakan kesehatan. Administrasi sistem perawatan kesehatan terpaksa mengalami reorganisasi yang cukup luas pada tahun 2002. Harapan baik muncul kembali dengan disahkannya Undang-Undang Kesehatan Jiwa yang baru (UU No. 18/2014). Undang-undang ini mengamanatkan bahwa layanan kesehatan jiwa selayaknya tersedia di semua tingkatan dalam sistem kesehatan masyarakat. Undang-undang ini juga menekankan pendekatan yang komprehensif pada layanan kesehatan jiwa dengan memasukkan upaya-upaya kuratif dan rehabilitatif, pencegahan dan promosi dalam kesehatan jiwa.

Dalam hubungan dengan pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat, kelompok-kelompok dukungan berbasis masyarakat juga mulai muncul dan berperan aktif dalam memberikan pendampingan dan advokasi. Organisasi kesehatan jiwa berbasis masyarakat, seperti Yayasan Pulih, Komunitas Peduli Schizophrenia Indonesian (KPSI), Bipolar Care Indonesia, Into the Light Indonesia, Alzheimer Indonesia (Alzi), Karitakas, Indonesian Anxiety Forum dan Ikatan Kesehatan Jiwa Indonesia, memiliki peran penting dalam mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap penyandang gangguan kesehatan jiwa. Salah satu peran terpenting dari organisasi-organisasi tersebut adalah untuk mengurangi jumlah orang yang mengalami gangguan. Meskipun sebagian besar organisasi tersebut didirikan oleh orang-orang yang anggota keluarganya menderita gangguan kejiwaan, mereka mendapat dukungan dari para profesional

kesehatan jiwa (Pols, dkk., 2019).

Terlepas dari masih banyaknya kekurangan dalam sistem layanan kesehatan jiwa di Indonesia, hingga saat ini, berdasarkan laporan yang disusun oleh *Asia-Pacific Observatory on Health System*, kebijakan kesehatan mental telah mengalami empat perubahan besar. Pertama, perubahan dari layanan berbasis rumah sakit menjadi berbasis komunitas. Kedua, penyediaan layanan kesehatan mental di semua fasilitas perawatan kesehatan yang ada. Ketiga, layanan yang lebih mengandalkan perawatan rawat jalan daripada rawat inap. Keempat, adanya pemberdayaan terhadap pasien kesehatan jiwa (Mahendradhata, dkk., 2017).

Sebagai catatan penutup, saya ingin menyampaikan bahwa potret penelantaran, pemasungan serta perlakuan tidak manusiawi pada orang dengan gangguan jiwa di Indonesia yang dibidik secara lugas dan jernih oleh Andrea Reese adalah sebentuk suara *echo* yang bergema dari masa lalu. Ia memantulkan suara protes orang-orang sebelum kita, yang peduli dengan model penanganan gangguan jiwa yang lebih manusiawi dan bermartabat. Ia memantulkan suara *meneer* Bauer dan Smit. Ia memantulkan suara-suara *monsieur* Pinel dan *mister* Tuke. Semakin kemari, harusnya gema echonya semakin mengecil, sebab kita selama ini dengan tanpa lelah telah berupaya melakukan banyak hal demi menciptakan pelayanan kesehatan jiwa yang lebih memanusiakan dan mensejahterakan bagi bangsa kita sendiri. Ya, bagi bangsa kita sendiri. Bukankah itu esensi dari kemerdekaan? Bukankah?

Daftar Acuan

Blackburn, S. (2012). *Sejarah Jakarta 400 tahun*. Masup Jakarta.

Boomgard, P. (1993). The development of colonial health care in Java: An explanatory introduction. *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde*, *149*(1), 77-93. DOI: https://doi.org/10.1163/22134379-90003137

Bharja, M. (1972). A retrospective study of hospitalized suicidal patients in Djakarta. *Djiwa: Majalah Psikiatri*. Tahun V No.3, 759-75.

Dash, M. (2002). *Batavia's graveyard*. Weidenfeld and Nicolson.

Edington, C. & Pols, H. (2016). Building psychiatric expertise across Southeast Asia: Study trips, site visits, and therapeutic. Labor in French Indochina and the Dutch East Indies, 1898-1937. *Comparative Studies in Society and History*, *58*(3), 636-663. DOI: https://doi.org/10.1017/S001041751600030X

Hesselink, L. (2011). *Healer in the colonial market: Native doctor and midwives in the Dutch East Indies*. Leiden: KITLV Press.

Hofmann, J.W. (1894). Krankzinnigenverpleging in Nederlandsch Indië. *De Indische Gids: Staat en Letterkundig Maandschrift*. Tahun 16 Jilid II, 981-1003 diakses dari: https://books.google.co.id/books?id=A-8GAAAAYAAJ&pg=PA973&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=true

Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). *The Republic of Indonesia health system review: Health systems in transition*, vol 7, *no 1*. WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, 165-166.

Leimena, J. (1955). *Kesehatan rakjat di Indonesia: Pandangan dan planning*. N.V. vh G.C. T. Van Dorp & Co.

Loedin, A.A., (2010). *Sejarah kedokteran di bumi indonesia*. Grafiti.

Minas, H. & Lewis, M. (eds.). (2017). *Mental health in Asia and the Pacific: Historical and cultural perspectives*. Springer.

Makagiansar, M. (Ed.) (1965). *Research di Indonesia 1945-1965*. Jilid I, Bidang Kesehatan. Departemen Urusan Research Nasional Republik Indonesia.

Notosoedirdjo, R.M. (1980). *Pembinaan dan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat kota* [Disertasi, tidak diterbitkan]. Universitas Airlangga.

Supartini, N. & Agusno, M. (2019). Memecah kebisuan: Budaya dan religi sebagai penangkal stigma akibat gejolak politik 1965. Dalam H. Pols, G. Pandu Setiawan, C. Marchira, Irmansyah, Eunike Sri Tyas Suci, Go (Eds.), *Jiwa sehat, negara kuat: Masa depan layanan kesehatan jiwa di Indonesia* (h. xi-xi). Kompas.

Pols, H. & Wibisono, S. (2017). Psychiatry and mental health care in Indonesia from colonial to modern times. Dalam H. Minas & M. Lewis (Eds.), *Mental health in Asia and the Pacific: Historical and cultural perspectives*. Springer.

Pols, H. (2006). The development of psychiatry in Indonesia: From colonial to modern times. *International Review of Psychiatry, 18*(4), 363–70. DOI: https://doi.org/10.1080/09540260600775421

Pols, H. (2007). The nature of the native mind: Contested views of Dutch colonial psychiatrists in the former Dutch East Indies. Dalam S. Mahone dan M. Vaughan (Eds.), *Psychiatry and empire* (h. 172–95). Palgrave Macmillan.

Pols, H. (2017). Psychiatry and the care of mentally ill. Dalam L. Van Bergen, L. Hesselink, J.P. Verhave (Eds.), *The medical journal of the Dutch Indies 1852-1942: A platform for medical research* (h. 316-333). Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia.

Pols, H., Good, B., Good, M. (2019). Pengantar: Masa depan layanan kesehatan jiwa di Indonesia: Merealisasikan mimpi. Dalam H. Pols, H., G. Pandu Setiawan, C. Marchira, Irmansyah, Eunike Sri Tyas Suci, Go (Eds.), *Jiwa sehat, negara kuat: Masa depan layanan kesehatan jiwa di Indonesia* (h. xi-xi). Kompas.

Pols, H., Setiawan, G., Marchira, C., Irmansyah, Eurike Sri Tyas Suci, Good,

B., Good, M. (2019). *Jiwa sehat, negara kuat: Masa depan layanan kesehatan jiwa di Indonesia* (Jilid I dan II). Kompas.

Porath, N. (2008). The naturalization of psychiatry in Indonesia and its interaction with indigenous therapeutics. *Bijdragen tot de Taal, Land-, en Volkenkunde*, 164(4), 500–28. DOI: https://doi.org/10.1163/22134379-90003653

Reese, A.S. (2013, September). Disorder: Indonesia's mental health facilities. *Time*, 182(10). Diakses dari http://time.com/

Ricklefs, M. C. (2008). *Sejarah Indonesia modern* 1200-2008. PT Serambi Ilmu Semesta.

Rooney, A. (2017). *The history of psychology*. Rosen Publishing Inc.

Setyonegoro, R.K. (1965). Ilmu psikiatri. Dalam M. Makagiansar (Ed.), *Research di Indonesia* 1945-1965. *Jilid I, Bidang Kesehatan*. Departemen Urusan Researh Nasional Republik Indonesia.

Setyonegoro, R.K. (1976). Sejarah kesehatan jiwa Indonesia (Bag. 1). *Jiwa: Majalah Psikiatri*. Tahun IX No. 1, 73-95.

Soejoneos, R.M. (1959). *Kesehatan djiwa dalam masjarakat kita.* Pidato diutjapkan pada peresmian penerimaan djabatan guru besar dalam ilmu penjakit sjaraf dan djiwa pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaja.

Sharma, K. (2016). *Living in hell: Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia*. Human Right Watch.

Thong, D. (2011). *Memanusiakan manusia: Menata jiwa membangun bangsa*. PT Gramedia Pustaka Utama

Van Bergen, L., Hesselink, L., & Verhave, J.P. (Eds). (2017). *The medical journal of the Dutch Indies 1852-1942: A platform for medical research*. Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia.

Wartomo, Y. (Ed.) (1978). *Sejarah kesehatan nasional Indonesia, Jilid I*. Departemen Kesehatan RI.

Wartomo, Y. (Ed.) (1980). *Sejarah kesehatan nasional Indonesia, Jilid II*. Departemen Kesehatan RI

Zondervan, S. (2016). *Patients of the colonial state: The rise of a hospital system in the Netherlands Indies 1890-1940*. Maastricht University.

Zuidervaart, H. (2013). Dirk Schoute (1873–1963): Chirurg, gedreven organisator, medisch-historisch onderzoeker en ontvanger van Gewina's eerste erepenning. *Studium*, *6*(3-4), 241–245. DOI: http://doi.org/10.18352/studium.9282

***Iwan W. Widayat. Mental health in Indonesia in a Historical Perspective**. Problems concerning mental health in Indonesia are very important public health issues and need serious attention, both from the government, related professionals, and the entire community. One of the problems that still exist in mental health services in Indonesia is the problem of stigma and discrimination against people with mental health problems and people with mental disorders which lead to inappropriate handling and even inhuman treatment. Controversy over treating people with mental disorders is not new. Scandals of mistreatment and even persecution of people with mental disorders have existed since centuries ago, when shelters for people with mental disorders were first built inside fortress hospitals in VOC era, even when mental hospitals had been established in several cities during Dutch colonial time. Sufficiency and appropriateness of mental health care facilities, availability of adequate mental health professionals, affordability of access to mental health facilities and support for a positive social environment, are persistent problems and are an everlasting challenge in developing mental health services in Indonesia. This paper will briefly review the journey of mental health services in Indonesia, from the use of the confinement and isolation approach for people who are considered 'mad', institutionalizing these people to mental hospitals, to developing approaches that are more focused on optimizing community-based mental health services.*

----

bagian 2

Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Bab 2. Perkembangan Layanan Terkini Kesehatan Jiwa di Indonesia

dr. Siti Khalimah, SpKJ, MARS
(Direktur Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza Kementerian Kesehatan RI)

Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan bagian penting dalam kehidupan kita. Dalam undang-undang no. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, disebutkan bahwa kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang menunjukkan seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Pengertian dalam definisi kesehatan tersebut menyiratkan bahwa sehat jiwa tidak sekedar tidak sakit jiwa. Kesehatan jiwa merupakan kondisi yang optimal, yang harus diupayakan pencapaiannya.

Kondisi sehat jiwa memungkinkan seseorang untuk produktif, mampu beradaptasi dalam menghadapi tantangan dan masalah, serta mempunyai peran yang positif bagi lingkungan sekitarnya. Kesehatan jiwa yang optimal juga membantu seseorang untuk menjalani kehidupan yang berkualitas, dan tujuan dari upaya kesehatan jiwa adalah membantu setiap orang mencapai kualitas hidup yang baik.

Kondisi Kesehatan Jiwa di Indonesia

Kesehatan jiwa di Indonesia saat ini sudah berkembang lebih baik. Berbagai upaya kesehatan jiwa telah dilakukan, mulai dari upaya promosi kesehatan jiwa, prevensi atau pencegahan masalah kesehatan jiwa, kurasi dan rehabilitasi sudah berjalan dengan cukup baik. Meskipun demikian, masalah kesehatan jiwa adalah masalah yang kompleks, yang tidak hanya melibatkan masalah kesehatan saja, tetapi juga masalah sosial, ekonomi, hukum dan berbagai

masalah lain.

Masalah-masalah yang masih memerlukan penanganan bersama dalam kesehatan jiwa di antaranya:

a. Tingginya beban akibat gangguan jiwa

Gangguan jiwa menimbulkan beban global yang tinggi. Data dari WHO (tahun 2011) menyebutkan bahwa beban global akibat gangguan jiwa adalah 13% dari keseluruhan beban akibat penyakit. Angka tersebut terbilang cukup besar, dan memerlukan pemikiran tentang bagaimana kita bisa menurunkan beban tersebut. Beban akibat gangguan jiwa disebabkan oleh tingginya beaya pengobatan untuk orang dengan gangguan jiwa, terutama gangguan jiwa berat memerlukan waktu yang lama.

Hal tersebut diperburuk oleh tingginya angka relaps sehingga orang dengan gangguan jiwa berat sering mengalami perawatan berulang di rumah sakit (jiwa). Tingginya beban juga disebabkan oleh hilangnya produktifitas, akibat proses penyakit yang dialaminya. Berkurangnya produktifitas juga disebabkan oleh belum terpenuhinya hak-hak orang dengan gangguan jiwa untuk menjalani hidup yang produktif dan berkualitas. Tingginya stigma menyebabkan orang dengan gangguan jiwa sangat sedikit mendapatkan kesempatan untuk bekerja terutama di sektor formal, dan menjalani kehidupan yang mandiri di masyarakat. Masalah-masalah non kesehatan turut menyumbang besarnya masalah beban global tersebut, karena sangat sedikitnya kesempatan yang dimiliki orang dengan gangguan jiwa untuk mencapai inklusi sosial di masyarakat.

b. Kesenjangan pengobatan

Kesenjangan pengobatan masih menjadi masalah yang serius di Indonesia. Prosentase orang dengan gangguan jiwa yang belum mendapatkan penanganan masih cukup tinggi. Belum ada data yang pasti tentang besarnya kesenjangan pengobatan, karena belum dilakukan penelitian yang komprehensif tentang besarnya kesenjangan pengobatan. Data dari WHO (tahun 2004) menyebutkan bahwa kesenjangan pengobatan untuk orang dengan gangguan jiwa di negara-negara *low and middle income* lebih dari 80%.

Berbagai masalah menjadi dasar dari tingginya kesenjangan pengobatan ini. Kurangnya pengetahuan memegang peranan yang penting. Masih banyak persepsi yang salah tentang masalah kesehatan jiwa dan gangguan jiwa di masyarakat, seperti keyakinan bahwa gangguan jiwa disebabkan karena seseorang tidak mempunyai iman yang kuat, atau gangguan yang dibuat oleh seseorang dengan maksud yang tidak baik, kutukan, dan lain sebagainya. Hal tersebut menyebabkan masyarakat tidak terpikir untuk membawa orang dengan masalah kesehatan jiwa dan orang dengan gangguan jiwa untuk mencari pertolongan profesional.

Penyebab lain adalah kurangnya pengetahuan tentang apa yang harus dilakukan bila ada anggota keluarganya yang mempunyai masalah kesehatan jiwa atau gangguan jiwa. Masyarakat tidak tahu harus kemana membawa anggota keluarganya tersebut. Masalah ekonomi juga memegang peranan penting karena masalah pembeayaan pengobatan gangguan jiwa masih menjadi persoalan. Meskipun adanya asuransi PBJS PBI untuk orang yang kurang mampu, banyak membantu masalah pembeayaan ini, akan tetapi masalah pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari dan beaya transportasi ke layanan kesehatan jiwa juga masih menjadi masalah.

Kondisi geografi Indonesia yang sangat luas dan banyaknya daerah yang terpisah karena lokasi di kepulauan menjadi masalah penting yang menunjang tingginya kesenjangan pengobatan. Hal ini ditunjang juga oleh tingginya stigma di masyarakat, sehingga keluarga cenderung menyembunyikan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa untuk menghindari stigma tersebut.

Kesenjangan pengobatan tidak hanya terjadi pada orang dengan gangguan jiwa berat. Gangguan-gangguan mental emosional seperti gangguan cemas dan depresi masih menjadi masalah yang sangat besar dalam pengobatan. Sebagian besar orang dengan gangguan mental emosional belum mendapatkan penanganan oleh profesional kesehatan atau kesehatan jiwa. Data dari riset kesehatan dasar tahun 2018 menemukan bahwa baru 12% orang dengan gangguan depresi yang mendapatkan penanganan. Masalah ketidaktahuan dan stigma menjadi penyebab terbesar. Seringkali orang dengan gangguan mental emosional datang ke layanan kesehatan dengan keluhan-keluhan fisik, sehingga

apabila tenaga kesehatan yang menangani tidak melakukan penelusuran lebih lanjut, maka mereka hanya akan ditangani sebagai pasien dengan gangguan fisik. Gangguan mental emosional yang tidak mendapatkan penanganan dengan baik menimbulkan dampak penurunan kualitas hidup dan produktifitas.

c. Stigma dan diskriminasi

Stigma dan diskriminasi pada orang dengan masalah kesehatan jiwa dan orang dengan gangguan jiwa merupakan masalah yang sangat banyak terjadi di Indonesia. Stigma merupakan label yang berkonotasi negatif pada suatu kelompok tertentu. Berbicara dalam konteks kesehatan jiwa, stigma banyak dialami oleh orang dengan gangguan jiwa dan keluarganya. Gangguan jiwa seringkali dianggap aib yang menyebabkan orang dengan gangguan jiwa dan keluarganya harus dihindari.

Persoalan stigma bisa dipandang dari dua sisi. Pandangan negatif masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa dan keluarganya di satu sisi, dan kondisi orang dengan gangguan jiwa yang tidak stabil dan menimbulkan ketakutan di sisi lain. Seringkali orang dengan gangguan jiwa tidak mendapatkan penanganan yang berkesinambungan, sehingga sering mengalami kekambuhan, marah-marah dan mengganggu di masyarakat. Hal tersebut menyebabkan masyarakat menjadi takut dan cenderung menghindari.

Oleh karena itu, diperlukan upaya dari dua sisi dalam penanganan stigma. Edukasi kepada masyarakat dengan melibatkan berbagai sektor menjadi pendekatan yang penting. Sementara itu di sisi lain, orang dengan gangguan jiwa juga harus "disiapkan" supaya "layak" untuk hidup di tengah masyarakat. Pengobatan yang adekuat, latihan ketrampilan sosial dan kesinambungan pengobatan untuk menjaga kondisi mereka tetap stabil, merupakan hal yang mutlak untuk diupayakan.

Diskriminasi juga masih menjadi masalah yang besar. Dalam setiap kesempatan, seperti kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan, diskriminasi terhadap orang dengan riwayat gangguan jiwa masih sangat besar. Masalah ini tentu harus menjadi perhatian pula, dengan bantuan, pendampingan dan bimbingan dari profesional kesehatan jiwa.

Melihat kondisi di Indonesia, maka upaya peningkatan kemampuan orang dengan gangguan jiwa untuk mandiri dengan mengajarkan berbagai ketrampilan vokasional merupakan pilihan yang cukup baik untuk membantu orang dengan gangguan jiwa meningkatkan kemandiriannya. Tentu advokasi pada pemegang kebijakan merupakan upaya yang juga penting untuk memberikan kesempatan orang dengan gangguan jiwa untuk mendapatkan pendidikan, pekerjaan , dan kehidupan yang layak seperti orang lain.

d. Akses layanan kesehatan jiwa

Akses terhadap layanan kesehatan jiwa masih menjadi masalah penting yang masih harus terus diupayakan pemecahannya. Layanan kesehatan jiwa yang mudah diakses merupakan kebutuhan mutlak bagi orang dengan gangguan jiwa untuk menjaga kesinambungan pengobatan dan mempertahankan kondisi kesehatan jiwa mereka tetap stabil. Komponen terbesar dari layanan kesehatan jiwa adalah di masyarakat. Masyarakat, dalam hal ini keluarga, lingkungan sekitar, termasuk tokoh masyarakat dan tokoh agama memegang peranan yang penting untuk membantu orang dengan gangguan jiwa dalam menjalani kehidupan yang berkualitas melalui inklusi sosial.

Kemudian, keberlangsungan pengobatan diupayakan dapat ditangani di layanan primer (Puskesmas). Puskesmas merupakan layanan yang tepat untuk orang dengan gangguan jiwa yang berada dalam kondisi stabil, karena Puskesmas terletak paling dekat dengan tempat tinggal dan menurunkan stigma. Puskesmas mempunyai peranan yang besar untuk membantu orang dengan gangguan jiwa supaya tetap berada dalm kondisi stabil. Meskipun demikian, kondisi saat ini, menunjukkan bahwa belum semua Puskesmas di Indonesia memberikan pelayanan kesehatan jiwa. Berbagai masalah seperti kurangnya kompetensi tenaga kesehatan puskesmas, masalah ketersediaan obat-obatan dan kurangnya tenaga menjadi masalah yang dikeluhkan oleh Puskesmas. Berbagai upaya telah dilakukan, seperti peningkatan kompetensi tenaga kesehatan Puskesmas, penyediaan obat-obatan dan supervisi berkala. Meskipun demikian, nampaknya peningkatan ini masih perlu dilakukan terus menerus untuk menjamin kualitas layanan kesehatan jiwa di masyarakat.

Pelayanan ke Rumah sakit Umum dan RS jiwa dilakukan pada kondisi-kondisi yang tidak dapat diatasi di layanan primer. Dalam Undang-undang Kesehatan Jiwa disebutkan bahwa dalam 1 propinsi minimal ada 1 RS jiwa. Saat ini sudah hampir seluruh propinsi memiliki RS jiwa, sehingga layanan spesialistik untuk orang dengan gangguan jiwa sudah relatif teratasi. Masalah yang timbul dalam penanganan spesialistik adalah kondisi geografis yaitu di beberapa wilayah Indonesia lokasi RS Jiwa letaknya jauh dari jangkauan masyarakat sehingga orang dengan gangguan jiwa mengalami kesulitan dalam mengakses layanan di RS jiwa.

e. Layanan kesehatan jiwa di komunitas

Layanan kesehatan jiwa di komunitas juga masih menjadi masalah di Indonesia. Belum adanya pusat layanan kesehatan jiwa di komunitas (*community mental health center*) menjadi hambatan dalam pelayanan kesehatan jiwa. Upaya yang dilakukan adalah dengan mengintegrasikan layanan kesehatan jiwa ke dalam layanan primer. Layanan kesehatan jiwa di komunitas, seperti layanan promotif, preventif dan rehabilitatif (rehabilitasi berbasis masyarakat) sudah banyak diupayakan, dan harus terus ditingkatkan untuk memberikan manfaat yang lebih besar bagi orang dengan masalah kesehatan jiwa.

Di berbagai negara sudah berlangsung upaya deinstitusionalisasi, yaitu penurunan tingkat perawatan untuk orang dengan gangguan jiwa di RS Jiwa dan meningkatkan layanan di komunitas. Hal ini membantu orang dengan gangguan jiwa mendapatkan inklusi sosial dan menjalani kehidupan yang mandiri dan berkualitas di masyarakat. Di Indonesia, gerakan deinstitusionalisasi belum terjadi secara masif, akan tetapi dengan sistem pembiayaan JKN, maka lama masa rawat untuk orang dengan gangguan jiwa saat ini menjadi lebih efisien, sehingga orang dengan gangguan jiwa bisa mendapatkan kesempatan untuk tinggal di keluarga dan masyarakat lebih lama. Kesiapan pelayanan untuk orang dengan gangguan jiwa di masyarakat tentu harus terus diupayakan, melalui rehabilitasi berbasis komunitas, kelompok swabantu, dan pendampingan orang dengan gangguan jiwa di masyarakat, karena sebagian besar orang dengan gangguan jiwa tinggal di masyarakat.

f. Tingginya angka penyalahguna Napza

Penyalahguna Napza menunjukkan angka yang cukup tinggi di Indonesia. Data dari badan narkotika Nasional (BNN) tahun 2016 diperkirakan ada 3,3 juta pengguna Napza di Indonesia. Sebagian dari pengguna tersebut adalah pelajar/mahasiswa. Tentu ini merupakan masalah serius yang harus ditangani seara komprehensif dan multi sektoral. Karena masalah penyalahgunaan Napza melibatkan berbagai sektor, dimulai dari pemutusan rantai pengadaan, peredaran sampai ke pengguna Napza. Upaya-upaya rehabilitasi berbasis rumah sakit dan masyarakat terus diupayakan untuk membantu para penyalahguna napza terlepas dari ketergantungan. Pembiayaan rehabilitasi juga menjadi perhatian pemerintah, terutama untuk masyarakat yang kurang mampu.

g. Tingginya angka bunuh diri

Masalah bunuh diri menjadi masalah serius yang memerlukan penanganan berbagai sektor, tidak hanya sektor kesehatan atau kesehatan jiwa saja. Bunuh diri di Indonesia menunjukkan angka yang cukup tinggi. Diperkirakan sekitar 1.800 orang meninggal karena bunuh diri di Indonesia. Data dari WHO juga menyebutkan bahwa bunuh diri merupakan penyebab kematian kedua terbesar pada usia 15-29 tahun. Berbagai strategi dan upaya pencegahan upaya bunuh diri terus dilakukan. Pentingnya upaya-upaya pencegahan bunuh diri adalah karena sebagian besar kasus bunuh diri bisa dicegah. Karena itu, perlu diupayakan memberikan pemahaman kepada masyarakat tentang bunuh diri, bagaimana mengenali tanda-tandanya dan bagaimana memberikan pertolongan awal pada kasus bunuh diri. Diperlukan strategi nasional dalam pencegahan bunuh diri, yang melibatkan semua sektor terkait, seperti pendidikan, sosial, agama dll, sehingga strategi pencegahan bunuh diri memberikan hasil yang signifikan dalam penurunan angka bunuh diri.

h. Sumberdaya manusia di bidang kesehatan jiwa

Sumberdaya manusia di bidang kesehatan jiwa masih menjadi masalah besar. Kurangnya jumlah tenaga profesional kesehatan jiwa (Psikiater, Psikolog dan Perawat Jiwa) dan penyebaran yang belum merata menjadi masalah dalam

memberikan layanan kesehatan jiwa yang berkualitas bagi masyarakat. Saat ini jumlah Psikiater di Indonesia baru mencapai 1.500, dan psikolog klinis yang terdaftar 2.700 orang, dan penyebarannya masih terbatas terutama di kota-kota besar. Jumlah tersebut masih sangat kurang dibandingkan dengan jumlah penduduk Indonesiaa yang membutuhkan layanan kesehatan jiwa. Upaya pemecahan masalah kurangnya tenaga profesional dalam kesehatan jiwa dilakukan melalui peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dalam pendidikan formal maupun pelatihan, dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di Puskesmas dalam memberikan layanan kesehatan jiwa.

i. Pemasungan

Pemasungan masih menjadi masalah pada orang dengan gangguan jiwa. Pemasungan merupakan suatu tindakan pembatasan aktivitas fisik dari orang dengan gangguan jiwa. Pemasungan adalah tindakan yang melanggar hak asasi manusia, dan merupakan perjuangan kita dalam menyelesaikannya. Berbagai masalah melatarbelakangi tindakan pemasungan pada orang dengan gangguan jiwa. Masalah ekonomi, tidak adanya *care giver* yang bisa mengurus pasien, pengobatan yang tidak berlangsung dengan baik yang menyebabkan orang dengan gangguan jiwa berada dalam kondisi tidak stabil, masalah akses terhadap layanan kesehatan jiwa, masalah-masalah sosial seperti anggapan yang salah tentang gangguan jiwa dan adanya stigma di masyarakat, membuat keluarga melakukan tindakan tersebut. Perlu upaya terus menerus dan melibatkan banyak pihak untuk menyelesaikan masalah pemasungan di Indonesia. Edukasi, pendampingan, sosialisasi kepada para pemangku kepentingan dan terutama keluarga, merupakan upaya yang harus terus dilakukan.

j. Kesehatan jiwa pada kondisi bencana

Indonesia merupakan negara yang banyak mengalami bencana. Bencana alam seperti gunung meletus, gempa bumi, banjir dan bencana non alam, seperti kerusuhan, dan pandemi seperti saat ini, menyebabkan timbulnya dampak psikologis dan psikososial di masyarakat. Akibat dari bencana, seperti kehilangan rumah dan harta benda, kehilangan anggota keluarga, tinggal

di pengungsian, hilangnya kesempatan untuk sekolah atau bekerja, tentu menjadi stressor yang berat, yang bisa menimbulkan masalah dalam kesehatan jiwa seseorang. Kesiapsiagaan dalam menghadapi dampak psikososial akibat bencana terus diupayakan. Upaya-upaya yang melibatkan lintas sektor menjadi pilihan yang baik, karena dampak psikososial akibat bencana tentu tidak hanya melibatkan sektor kesehatan saja. Perlu ditingkatkan koordinasi dan kerjasama berbagai sektor untuk memberikan penanganan masalah kesehatan jiwa akibat bencana dan menjadi bagian dari penanganan masalah kesehatan akibat bencana secara keseluruhan

k. Data

Sampai saaat ini, data masih menjadi masalah dalam kesehatan jiwa. Pendataan yang akurat tentang kondisi kesehatan jiwa masih belum tersedia untuk semua pemangku kepentingan. Sistem pelaporan dan sistem koordinasi dalam upaya kesehatan jiwa juga masih menjadi tantangan yang harus diupayakan bersama. Penyediaan data yang baik merupakan hal yang penting dalam melakukan monitoring dan evaluasi suatu upaya yang dilakukan, dan menjadi dasar dalam menyusun kebijakan dan strategi ke depan. Data yang baik juga bisa memberikan informasi tentang kondisi kesehatan jiwa, masalah apa yang dihadapi sehingga bisa dipikirkan bagaimana upaya penyelesaian masalah yang tepat. Saat ini Kementerian Kesehatan sedang mengembangkan sistem pendataan dan pelaporan kesehatan jiwa berbasis elektronik, *Simkeswa*. Diharapkan dengan sistem pelaporan berbasis elektronik ini bisa membantu memberikan data yang akurat dalam kesehatan jiwa.

Kesehatan Jiwa Sebagai Masalah Kesehatan Masyarakat

Masalah kesehatan jiwa adalah masalah kesehatan masyarakat. Masalah kesehatan jiwa sangat luas, dan mengenai berbagai sektor, tidak hanya kesehatan, tetapi juga masalah sosial, ekonomi, hak asasi manusia, pekerjaan, pendidikan, dan sebagainya. Oleh karena itu upaya kesehatan jiwa memerlukan upaya bersama, yang dimulai dari penyusunan kebijakan. Kebijakan tersebut menjadi

arah dari strategi-strategi yang dilaksanakan selanjutnya.

Masalah kesehatan jiwa merupakan masalah kesehatan masyarakat, karena sifat masalahnya yang luas dan meliputi berbagai aspek dalam kehdiupan. Dari data epidemiologi ditemukan bahwa prevalensi gangguan jiwa cukup besar, kurang lebih 450 juta orang di seluruh dunia mengalami masalah kesehatan jiwa. Di Indonesia, data dari riset kesehatan dasar tahun 2018 menyebutkan bahwa gangguan depresi diderita oleh kurang lebih 6.1% (lebih dari 12 juta orang berusia di atas 15 tahun), gangguan mental emosional diderita oleh 9.8% orang usia di atas 15 tahun (lebih dari 19 juta orang) dan gangguan jiwa berat dierita oleh 0.18% dari penduduk. Kesehatan jiwa juga menimbulkan beban global yang besar, kurang lebih 13% dari total beban global akibat penyakit.

Masalah kesehatan jiwa erat kaitannya dengan kesehatan fisik, baik yang merupakan bagian dari gejala gangguan jiwa, maupun masalah kesehatan fisik yang berhubungan dengan pola hidup yang kurang optimal akibat menderita gangguan jiwa. Pikiran, perasaan dan perilaku seseorang mempengaruhi bagaimana seseorang mengelola kesehatan fisiknya, seperti bagaimana mengelola pola makan, olah raga dll, yang berpengaruh pada kondisi fisiknya. Beberapa gejala gangguan jiwa juga bermanifestasi pada keluhan fisik, seperti gangguan cemas yang menimbulkan keluhan nyeri ulu hati.

Sebagian besar gangguan jiwa dapat ditatalaksana dengan efektif, dengan beaya yang tidak besar. Tatalaksana farmakoterapi, intervensi psikososial dan *case management* dapat memberikan hasil yang optimal bila dilakukan secara berkesinambungan. Hal yang penting dalam penatalaksanaan masalah kesehatan jiwa adalah akses yang merata, sehingga layanan kesehatan jiwa dapat diberikan kepada semua yang membutuhkan sesuai dengan haknya. Layanan kesehatan jiwa yang berkualitas adalah hak setiap orang, karena itu, akses layanan diupayakan dapat dijangkau oleh semua orang yang membutuhkan layanan.

Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia, Dulu, Saat Ini dan yang Akan Datang

Layanan kesehatan jiwa dilakukan mengacu pada upaya kesehatan jiwa, yaitu layanan yang komprehensif mulai dari promotif, preventif, kuratif dan

rehabilitatif. Layanan dilakukan dalam setting institusi dan non institusi (layanan di masyarakat). Tujuan dari layanan kesehatan jiwa adalah untuk membantu masyarakat yang sehat tetap berada dalam kondisi sehat jiwa, membantu populasi berisiko menjadi sehat jiwa, dan mengupayakan orang yang mengalami gangguan jiwa menjalani kehidupan yang mandiri dan berkualitas. Oleh karena itu visi dari layanan kesehatan jiwa adalah tercapainya kualitas hidup masyarakat.

Upaya-upaya kesehatan jiwa dilakukan secara berjenjang, mulai dari layanan primer, sekunder sampai layanan rujukan tertinggi di layanan tersier. Layanan primer mempunyai peran dan tanggungjawab melakukan promosi kesehatan jiwa melalui berbagai upaya dan berbagai media, pencegahan masalah kesehatan jiwa melalui skrining, deteksi dini dan intervensi dini, serta melakukan penatalaksanaan orang dengan gangguan jiwa yang berada dalam kondisi stabil, untuk menjaga mereka tetap stabil dan dapat menjalani kehidupan mandiri di masyarakat. Layanan sekunder berupa layanan kuratif dilakukan untuk memberikan penanganan kondisi akut yang membutuhkan layanan spesialistik, sedangkan layanan tersier adalah pusat rujukan dalam kesehatan jiwa.

Pada beberapa dekade yang lalu, layanan tersier dianggap sebagai pemecahan semua masalah dalam kesehatan jiwa, karena semua upaya kesehatan jiwa bisa dilakukan di layanan tersier. Pada masa institusionalisasi, seluruh pasien dengan gangguan jiwa berat diharapkan ditangani di layanan tersier (Rumah Sakit Jiwa), sehingga RSJ menjadi tempat bagi keluarga untuk menitipkan anggota keluarganya untuk dirawat dalam waktu yang tidak terbatas. Hal tersebut menyebabkan pasien tidak mempunyai kesempatan untuk mendapatkan haknya menjalani kehidupan yang mandiri dan mendapatkan inklusi sosial di masyarakat.

Pada masa sebelum tahun 50-an, sebelum ditemukannya obat-obat untuk penanganan gangguan jiwa, hal ini masih bisa dimengerti, karena kondisi pasien yang bisa membahayakan diri sendiri dan orang lain menghendaki pasien untuk dirawat di tempat yang aman.

Kemudian dimulailah gerakan deinstitusionalisasi, seiring dengan ditemukannya obat-obat antipsikotik. Sebagian besar pasien dikembalikan pada keluarga, untuk dilatih dalam menjalani kehidupan yang mandiri dengan

bimbingan dari keluarga. Awal mula gerakan deinstitusionalisasi menyebabkan kebingungan keluarga, karena mereka belum terbiasa mendampingi pasien. Gerakan ini menyebabkan berkembangnya layanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat yang bertujuan untuk mendampingi pasien dan keluarga menjalani kehidupan dan dapat diterima di masyarakat.

Di Indonesia, gerakan deinstitusionalisasi belum berjalan dengan semestinya. Hal ini disebabkan oleh belum siapnya layanan kesehatan jiwa di komunitas, sehingga masih terjadi kesenjangan pada saat pasien dipulangkan dari perawatan, sementara komunitas belum siap melanjutkan upaya pendampingan pasien menuju kemandirian. RSJ masih menjadi tumpuan harapan pasien yang berada dalam kondisi akut dan memerlukan perawatan. Meskipun demikian, telah terjadi perkembangan dalam sistem penanganan rawat inap pasien dengan gangguan jiwa, yaitu dalam penyesuaian dengan sistem pembiayaan asuransi JKN, sehingga lama masa rawat diupayakan seefisien mungkin. Perawatan dilakukan dengan efektif dan efisien, dengan tujuan untuk mempersiapkan pasien kembali ke keluarga dan lingkungan tempat tinggalnya. Perkembangan teknologi dan pengobatan dalam kesehatan jiwa turut menunjang efisiensi lama masa rawat orang dengan gangguan jiwa di RS jiwa.

Persiapan keluarga dan masyarakat dalam mendampingi pasien harus terus diupayakan, dan persiapan layanan primer untuk mendekatkan layanan pada pasien dan membantu menjaga kondisi pasien tetap stabil juga perlu terus diupayakan. Upaya-upaya pendampingan, dukungan dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di Puskesmas terus diupayakan untuk menguatkan Puskesmas dalam menjaga kondisi pasien tetap stabil.

Upaya kesehatan jiwa yang bersifat promosi kesehatan jiwa juga terus diupayakan untuk ditingkatkan. Berbagai edukasi kesehatan jiwa, dengan memanfaatkan berbagai media terus dilakukan. Promosi kesehatan jiwa dilakukan dengan tujuan untuk menjaga masyarakat tetap berada dalam kondisi sehat jiwa. Pergeseran dalam sistem pelayanan kesehatan jiwa terjadi dalam pengutamaan upaya promosi dan prevensi. Menjaga orang yang sehat jiwa tetap sehat jiwa dan mencegah kelompok berisiko supaya tetap sehat jiwa merupakan upaya yang penting, untuk menjaga kualitas hidup. Pencegahan

tentu akan memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan penanganan saat seseorang sudah mengalami gangguan jiwa. Upaya-upaya promotif dan preventif seperti sosialisasi, edukasi, konseling, peningkatan ketahanan mental, peningkatan ketrampilan sosial, deteksi dini dan intervensi dini, serta mencegah kekambuhan menjadi upaya yang sangat bermakna dalam kesehatan jiwa.

Sistem pelayanan kesehatan jiwa juga mengalami pergeseran. Pusat pelayanan kesehatan jiwa tidak lagi di RS jiwa yang menangani pasien seumur hidup, tetapi bergeser sedekat mungkin dengan tempat tinggal pasien, yaitu Puskesmas. RS Jiwa diupayakan hanya menjadi rujukan untuk kasus-kasus spesialistik, selain sebagai pusat pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan dan pemberdayaan dalam kesehatan jiwa. RS Jiwa diharapkan bisa menjadi *center of excellent* di wilayahnya, karena di RS Jiwa semua professional kesehatan jiwa berada.

Pemenuhan hak-hak asasi orang dengan gangguan jiwa juga terus diupayakan. Sistem pelayanan kesehatan jiwa di RS Jiwa mulai bergeser dari sistem *asylum*, yaitu pasien ditempatkan dalam ruang berjeruji dengan system *zaal* mulai bergeser ke sistem *patient centered care* yang mempertimbangkan hak-hak pasien, seperti hak terhadap *privacy*, hak untuk dirawat di tempat yang aman dan nyaman, hak untuk dilayani oleh tenaga kesehatan yang profesional dan kompeten, hak untuk mendapatkan pengobatan yang adekuat, hak untuk belajar bersosialisasi dan mendapatkan rehabilitasi psikososial untuk mempersiapkan mereka menjalani kehidupan yang mandiri di masyarakat, terus diupayakan. Pemenuhan hak-hak orang dengan gangguan jiwa ini mengacu pada undang-undang no. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, undang-undang no 8 tahun 2016 tentang disabilitas, dan *WHO quality right tool kit* yang memberikan arah tentang bagaimana memberikan pelayanan yang memperhatikan hak-hak orang dengan gangguan jiwa. Orang dengan gangguan jiwa mempunyai hak yang sama sebagai warga masyarakat dan warga negara, dan semua unsur masyarakat harus membantu mereka mendapatkan hak-haknya. Berbagai upaya telah dilakukan, diantaranya dengan menyusun pedoman sarana prasarana layanan kesehatan jiwa, meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan layanan dengan mempertimbangkan hak-hak orang dengan gangguan jiwa dan sosialisasi

serta edukasi kepada masyarakat.

Dengan berbagai upaya tersebut, diharapkan ke depan masalah-masalah dalam kesehatan jiwa dapat teratasi, terjadi peningkatan akses dan pemerataan layanan kesehatan jiwa, tercipta gaya hidup sehat jiwa sebagai upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan jiwa, sehingga terwujud masyarakat Indonesia yang sehat jiwa. Tentu ini bukan upaya yang mudah, akan tetapi, dengan kerjasama dari semua sektor terkait, dan adanya kemauan dari semua pihak untuk bersama-sama mengupayakan tercapainya derajat kesehatan jiwa yang optimal di masyarakat, maka cita-cita tersebut tentu dapat diupayakan tercapai.

Siti Khalimah. *Mental health in Indonesia is currently progressing. However, there are still some issues of mental health in Indonesia that need attention, namely: 1) the high burden of mental disorders; 2) treatment gaps; 3) stigma and discrimination; 3) access to mental health services; 4) community mental health services; 5) high rates of drug abuse; 6) high suicide rate; 7) lack of human resources in the mental health sector; 8) lockup; 9) mental health in a disaster condition; and 10) data. Mental health problems actually also include public health problems, so it is necessary to joint efforts and initiate it by making a policy. In this regard, mental health services that used to be curative and emphasize the role of mental hospitals as the main institution in care, are now shifting to more comprehensive efforts (promotive, preventive, curative, and rehabilitative) and are carried out in institutional and non-institutional. Through this de-institutionalization movement, it is hoped that the fulfillment of the human rights of ODGJ and OMK can continue to be pursued and in the future mental health problems can be resolved, increased access and equitable distribution of mental health services, creation of a healthy lifestyle, so that a mentally healthy Indonesian society can be realized.*

Bab 3. Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Eunike Sri Tyas Suci

Pendahuluan

Layanan kesehatan jiwa di Indonesia perlu mendapat perhatian secara lintas disiplin, lintas sektoral, serta lintas profesi dan praktisi karena permasalahan kejiwaan begitu kompleks berkelindan dengan aspek biologi, psikologi, demografi, budaya, dan agama (kepercayaan) dan melintas waktu bersamaan dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi dan informasi. Terlebih lagi di Indonesia yang merupakan negara kepulauan terbesar di dunia dengan lebih dari 17.000 pulau yang tersebar dari Sabang sampai Merauke sehingga wilayah perairannya lebih luas dibanding daratan. Indonesia yang terdiri dari 300 lebih kelompok etnik yang mempunyai kepercayaan masing-masing dalam melihat masalah kesehatan dan kejiwaan. Sebuah pengantar yang terasa klisé, tetapi memang begitulah keadaannya dan tetap perlu menjadi pertimbangan dalam memahami Indonesia.

Dengan demografi Indonesia yang demikian, maka masalah ketersediaan (*availability*), keterjangkauan (*accessibility*), penerimaan masyarakat (*acceptability*), kualitas (*quality*), dan keberlangsungan (*continuity*) layanan kesehatan jiwa akan menjadi tantangan yang tidak mudah diselesaikan dalam waktu dekat. Tulisan ini akan mengupas layanan kesehatan jiwa di Indonesia dengan membedah data yang ada dan menganalisanya dari perspektif makro. Untuk mencari solusi, tulisan ini akan membahas apa yang ditawarkan organisasi kesehatan dunia WHO terkait dengan peralihan layanan kesehatan jiwa global ke arah layanan berbasis komunitas, serta bagaimana implementasinya di Indonesia. Tulisan akan diakhiri dengan bagaimana psikologi merespon setiap peluang yang ditawarkan dalam mendukung pemerintah menanggulangi masalah kesehatan jiwa di tanah air.

Permasalahan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Indikator kesehatan jiwa di Indonesia mengalami stagnasi, bahkan terjadi peningkatan prevalensi pada kasus-kasus tertentu. Berdasarkan Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI (Badan Litbangkes, 2019), prevalensi rumahtangga dengan anggota rumahtangga (ART) gangguan jiwa berat (skizofrenia/psikosis) sebesar 6,7 per 1000 rumahtangga. Dengan unit analisis yang sedikit berbeda, data Riskesdas tahun 2013 melaporkan prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia adalah 1,7 per 1000 penduduk. Apabila kita mengasumsikan bahwa setiap rumahtangga terdiri dari suami istri dengan 2 anak dan rumahtangga yang ART-nya gangguan jiwa hanya satu orang, maka angka prevalensi tahun 2018 adalah 6,7 per 4000 penduduk, setara dengan 1,7 per 1000 penduduk. Tidak jauh berbeda dengan prevalensi data Riskesdas 2013. Artinya, tidak terjadi perubahan yang berarti. Dengan perkiraan penduduk Indonesia tahun 2020 sejumlah 269.603.400 jiwa (BPS, 2020), maka diperkirakan ada 458.326 penduduk Indonesia yang mengalami gangguan jiwa berat.

Terkait dengan pasung, Riskesdas tahun 2018 melaporkan bahwa dari rumah tangga yang memiliki ART gangguan jiwa berat, sejumlah 14% pernah melakukan pemasungan kepada anggotanya. Proporsi ini tidak beda jauh dari data Riskesdas tahun 2013 yang menunjukkan bahwa proporsi rumahtangga yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat sejumlah 14,3%. Sekali lagi, tidak terjadi perubahan yang berarti. Dengan proporsi yang sama, apabila dihitung dari pertambahan penduduk selama 5 tahun, maka bisa diasumsinya jumlah kasus pemasungan meningkat. Hal ini terkonfirmasi pada data Riskesdas 2018 yaitu 31% dari yang terpasung mengalami pemasungan dalam tiga bulan terakhir (Irmansyah, 2020), padahal pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah mencanangkan gerakan Indonesia Bebas Pasung sejak 7 Oktober 2010. Kementerian Sosial sejak 2017 dan berbagai pihak telah bekerja keras untuk melenyapkan pasung di tanah air. Dalam peringatan hari kesehatan jiwa sedunia 10 Oktober 2020, Direktur Rehabilitasi Sosial Penyandang Disablitas Kementerian Sosial (Kemensos), Eva Rahmi Kasim, menyampaikan rilis bahwa

Kemensos telah berhasil membebaskan 3.441 orang sejak 2017 (Antara, 2020).

Pemasungan jelas merupakan tindakan yang melanggar hak-hak individu (*human rights*), namun keluarga terpaksa melakukan ini karena sulitnya, tidak adanya akses layanan kesehatan jiwa di puskesmas setempat, atau karena mereka tidak tahu adanya layanan tersebut di puskesmas. Selain itu, masalah-masalah sosial terkait aib, stigma, perisakan, dan diskriminasi juga menjadi kendala keluarga untuk membawa anggota keluargnya ke puskesmas. Kepercayaan masyarakat tentang guna-guna, kutukan, kemasukan roh jahat dan kurangnya iman juga menjadi hambatan bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) untuk segera mendapat pengobatan yang dibutuhkan. Sebetulnya telah banyak upaya pemerintah dan masyarakat untuk mengatasi masalah ini, dan telah berhasil membebaskan ODGJ dari pasung. Meskipun demikian karena tidak adanya layanan kesehatan jiwa yang berkesinambungan maka sejumlah ODGJ kembali dipasung oleh keluarganya dengan alasan keamanan lingkungan (Katuuk, Daulima, & Wardani, 2019).

Kondisi gangguan mental lain juga mengalami peningkatan. Prevalensi depresi dan gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia berumur 15 tahun ke atas berturut-turut adalah 6,1 persen dan 9,8 persen (Riskesdas 2018). Prevalensi gangguan mental emosional ini meningkat 50%, mengingat sebelumnya hanya 6,0 persen (Riskesdas 2013). Berbeda dengan gangguan jiwa berat, masalah gangguna jiwa ringan seperti gangguan mental emosional dan depresi merupakan hal yang sangat sulit diketahui angka pastinya karena tidak semua orang yang mengalami depresi, kecemasan, atau gangguan mental emosional lainnya datang ke layanan kesehatan untuk mendapatkan pertolongan. Depresi perlu mendapat perhatian khusus mengingat estimasi organisasi kesehatan dunia (WHO) bahwa pada tahun 2020 diperkirakan depresi berada di peringkat ke-2 penyebab beban akibat penyakit secara global setelah penyakit jantung, dan kalau tidak mendapat penanganan yang akeduat diperkirakan menjadi peringkat pertama pada tahun 2030. Selain tidak tahu bahwa kondisi tersebut membutuhkan bantuan psikologis/psikiatrik, orang dengan gangguan jiwa ringan (orang dengan masalah kejiwaan atau ODMK) enggan mencari bantuan karena takut dikira "gila," bahkan dilarang oleh orangtua karena bisa

menjadi aib keluarga.

Penderita gangguan jiwa sering mengalami perundungan, stigma, dan permasalahan sosial lain. Data Riskesdas 2018 menunjukkan hanya 48,9% atau kurang dari separuh rumah tangga dengan ART gangguan skizofrenia/psikosis melaporkan anggotanya rutin minum obat selama 1 bulan terakhir, padahal 85% melaporkan pernah berobat. Hal ini berarti ada masalah terkait dengan ketaatan minum obat. Masalah lebih serius terjadi pada mereka yang mengalami depresi, karena dari penduduk umur 15 tahun ke atas yang mengalami depresi, hanya sembilan persen yang berobat (Badan Libangkes, 2019).

Mereka yang tidak rutin berobat 1 bulan terakhir mengaku merasa sudah sehat (36,1%), pada dasarnya memang tidak rutin berobat (33,7%) dan tidak mampu membeli obat secara rutin (23,6%). Alasan lain yang perlu dicermati adalah karena tidak tahan pada efek samping obat, merasa dosis tidak sesuai, sering lupa, dan proporsi yang terkecil adalah obat tidak tersedia (2,4%). Ini menunjukkan bahwa alasan ketidakpatuhan minum obat bukanlah karena tidak ada obat di layanan kesehatan. Mereka yang mengaku sudah sehat sangat mungkin karena menyadari bahwa dia berbeda dan mungkin kurang mendapatkan penerimaan karena penderitaannya, sehingga dengan mengaku sudah sehat mereka bisa berfungsi secara normal kembali dan diterima masyarakat.

Beban mental yang sangat berat ditanggung oleh individu, bila tidak segera mendapat bantuan bisa mengakibatkan rasa tak berdaya dan individu tidak ingin melanjutkan hidupnya. Hal ini bisa membawa individu kepada keputusan untuk mengakhiri hidupnya, alias bunuh diri. Masalah bunuh diri perlu menjadi perhatian serius karena permasalahan hidup, termasuk pandemi Covid-19, dan ketidakpastian bisa memupus harapan seseorang untuk hidup. Pada tahun 2016 Kementerian Kesehatan melaporkan angka kematian akibat bunuh diri di Indonesia sebesar 0,71/100.000 penduduk atau 1.800 jiwa/tahun dengan laki-laki tiga kali lebih berisiko bunuh diri dibandingkan perempuan dan sebagian besar (60,9%) penduduk Indonesia yang mengakhiri hidupnya dengan cara gantung diri (Pusdatin, 2019).

Agar pemerintah mampu menyediakan layanan kesehatan jiwa yang

adekuat, dibutuhkan tenaga kesehatan jiwa yang memadai. Undang-undang No. 18/2014 tentang kesehatan jiwa telah mengatur hal tersebut. Pasal 37 ayat (1) menyatakan bahwa sumber daya manuasia di bidang kesehatan terdiri dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa, tenaga profesional lainnya, dan tenaga lain yang terlatih di bidang kesehatan jiwa. Dalam kenyataannya, jumlah tenaga profesional kesehatan jiwa, baik itu psikiater, perawat jiwa, dan psikolog klinis, amat terbatas dan sebarannya tidak merata karena mayoritas berada di Pulau Jawa. Diperkirakan ada sekitar 1000 psikater dan hampir 7000 perawat jiwa di seluruh Indonesia (Pols, 2020). Tim CNN Indonesia setahun lalu melaporkan angka psikiater yang lebih tepat dari Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) yaitu sejumlah 987 orang (CNN Indonesia, 10/10/2019). Dengan demikian, saat ini seorang psikiater masih harus melayani 273.154 penduduk, sementara seorang perawat jiwa melayani 38.515 penduduk.

Jumlah psikolog dengan peminatan klinis yang menjadi anggota Ikatan Psikolog Klinis (IPK) Indonesia sampai 25 Oktober 2020 adalah 2.790 orang dan tersebar di 30 provinsi Indonesia (IPK Indonesia, 2020).[1] Kalau dilihat sebarannya, tentu sangat tidak berimbang karena misalnya DKI Jakarta mempunyai psikolog peminatan klinis terbanyak (562 orang), sementara provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) ada 8 orang, bahkan Kalimantan Utara (Kaltara) hanya satu orang. Dengan jumlah penduduk Indonesia saat ini, maka seorang psikolog peminatan klinis diharapkan melayani 96.630 penduduk. Kaltara adalah provinsi dengan penduduk paling sedikit, yaitu 663.696 orang, dan hanya dilayani oleh satu psikolog anggota IPK Indonesia. Dengan 51 Rumah Sakit Jiwa (RSJ) yang tersebar di 27 dari 34 provinsi di Indonesia, pemerintah hanya mampu menyediakan 10.012 tempat tidur untuk rawat inap dengan rasio 3,3-4 per 100.000 populasi. Sampai saat ini masih ada tujuh provinsi yang belum mempunyai RSJ, yaitu Provinsi Kepulauan Riau, Banten, Kaltara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku Utara, dan Papua Barat. Lima provinsi diantaranya adalah wilayah pemekaran. Di luar RSJ, ada juga layanan jiwa di rumah sakit

1. Penulis menyebutkan psikolog peminatan klinis, dan bukan psikolog klinis, karena di Indonesia tidak ada pendidikan formal spesialis psikolog klinis. Program magister profesi yang tersedia pada strata dua memberi gelar magister psikologi dan sebutan profesi psikolog (M.Psi., Psikolog) bagi lulusannya pada semua bidang peminatan.

umum (RSU), 32,5% RSU menyediakan poliklinik jiwa dan 8,1% menyediakan rawat inap jiwa (Idaiani & Riyadi, 2018).

Masalah kesehatan jiwa makin kompleks karena perhatian pemerintah dirasa masih sangat kurang. Alokasi anggaran pemerintah untuk kesehatan jiwa masih sangat rendah, yaitu sekitar 1% dari seluruh anggaran nasional (Pols, 2020). Dengan anggaran terbatas ini, pemerintah daerah, dalam hal ini Dinas Kesehatan, tidak punya anggaran yang memadai untuk menanggulangi masalah kesehatan jiwa di wilayahnya. Salah satu contoh adalah di Kabupaten Lebak, Banten. Pada tahun 2019 penulis melakukan kunjungan ke Dinas Kesehatan untuk mendapat ijin melakukan pelatihan kesehatan jiwa bagi kader. Inisiatif ini langsung disambut dengan tangan terbuka, dukungan total dari Dinas Kesehatan ini dilakukan karena mereka tidak bisa berbuat banyak untuk melakukan kegiatan terkait kesehatan jiwa.

Begitupun dalam "Pokok-pokok Renstra Kemenkes 2020-2024" yang dibahas dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional 20 Februari 2020, masalah kesehatan jiwa tidak disebutkan secara eksplisit. Oleh karena kesehatan jiwa merupakan bagian dari penyakit tidak menular (PTM), penulis berasumsi bahwa kesehatan jiwa diintegrasikan dan hanya menjadi salah satu bagian program penanggulangan PTM yang anggarannya pun menjadi "gelondongan" bersama kegiatan-kegiatan PTM lainnya. Implikasinya, apabila program-program lain berjalan lebih intensif dan membutuhkan dana besar, maka program terkait dengan kesehatan jiwa mendapatkan perhatian kecil.

Kecilnya perhatian dan alokasi anggaran ini rupanya juga terjadi di negara-negara lainnya, yang rata-rata juga hanya mengalokasikan 2% anggarannya untuk kesehatan jiwa. Berangkat dari kenyataan inilah, maka *World Federation of Mental Health* (WFMH) mengangkat tema "*Greater Investment – Greater Access. Mental Health for all*" untuk peringatan hari kesehatan Jiwa sedunia tahun 2020 (WHO.int. 2020/ WFMH, 2020). Dalam salah satu *talkshow* yang diselenggarakan oleh SultanTV, penulis selaku ketua Asosiasi Psikologi Kesehatan Indonesia (APKI) menyampaikan harapan agar pemerintah pusat maupun daerah meningkatkan anggaran yang lebih besar untuk kesehatan jiwa (SultanTV, 2020). Selayaknyalah pemerintah Indonesia mengalokasikan

dana yang lebih besar pada kesehatan jiwa untuk meningkatkan kualitas SDM Indonesia dalam menyongsong masa bonus demografi pada 2030-2040 nanti.

Penanggulangan masalah kesehatan jiwa tidak bisa menunggu sampai kekurangan jumlah tenaga kesehatan jiwa (psikiater, psikolog peminatan klinis, dan perawat jiwa) terpenuhi, karena mendidik mereka butuh waktu bertahun-tahun. Tidak bisa pula meminta tenaga kesehatan jiwa yang ada untuk bekerja lebih keras lagi. Terkait dengan pendidikan psikologi profesi dengan peminatan klinis, setelah mahasiswa lulus dan disumpah menjadi psikolog, ternyata tidak semua terpanggil bekerja di setting kesehatan. Sebagian mencari pekerjaan yang memberi insentif lebih menarik, hal yang sangat wajar mengingat mereka sudah mengeluarkan biaya sangat besar untuk menyelesaikan program profesi dan rata-rata pada rentang usia yang mempunyai tugas perkembangan sedang menata masa depannya. Para pendidik program profesi hanya dapat berharap, suatu saat nanti mereka "kembali ke jalan kebenaran" sesuai panggilan profesinya.

Penanggulangan masalah kesehatan jiwa juga tidak dapat menunggu sampai layanan kesehatan jiwa tersebar merata ke seluruh provinsi dan kabupaten/kota yang terentang di antara pulau-pulau yang begitu banyak. Demikian juga penanggulangan masalah kesehatan jiwa tidak dapat menunggu pemerintah melalui peningkatan anggaran kesehatan jiwa oleh Kemenkes (yang belum tampak secara jelas dalam renstra Kemenkes 2020-2024).

Oleh karena itu perlu dicari cara untuk menjembatani jurang kesenjangan (*close the gap*) antara kebutuhan (*demand*) layanan kesehatan jiwa yang cenderung selalu meningkat dan kemampuan sumber daya (*supply*), baik sumber daya manusia, finansial dan infrastruktur (Ridho, 2020). Lalu bagaimana? Mari belajar dari pengalaman negara-negara lain dan melihat masalah kesehatan jiwa secara global terlebih dahulu.

Peralihan Layanan Kesehatan Jiwa Global ke Arah Kolaborasi dan Berbasis Komunitas

Apa yang terjadi di Indonesia terkait dengan jurang kesenjangan antara *demand* dan *supply* dalam masalah kesehatan jiwa rupanya juga terjadi di

berbagai negara lain, khususnya di negara-negara yang mempunyai keterbatasan sumber daya sehingga beban kesehatan terasa makin berat. Prince, M., et al. (2007) melaporkan bahwa sekitar 14% beban penyakit secara global terkait dengan gangguan jiwa, umumnya karena depresi dan gangguan jiwa lainnya. Hal ini ditegaskan lagi oleh direktur jenderal WHO, Dr. Margaret Chan, dalam pertemuan *Mental Health Gap Action Programme Forum* tahun 2010 untuk menjadi perhatian serius agar masalah kesehatan jiwa dianggap bagian penting dari masalah kesehatan masyarakat.

Adanya anggapan bahwa kesehatan jiwa akan berakhir pada disabilitas mental dan mortalitas membuat upaya meningkatkan kesehatan secara umum (fisik) dan pengentasan kemiskinan tidak maksimal. Kesehatan jiwa sering dianggap tidak berhubungan dengan kesehatan fisik, padahal keduanya saling berkelindan. Meningkatnya kasus penyakit tidak menular yang berakhir pada disabilitas fisik, misalnya stroke dan demensia Alzheimer, akan memengaruhi kesehatan jiwa seluruh keluarganya, terlebih pada *family caregiver*.

Secara umum diperkirakan 450 juta penduduk dunia menderita gangguan jiwa, dan 150 juta orang mengalami depresi. Gangguan jiwa berkontribusi pada 14% beban global akibat sakit-penyakit, dan diperkirakan meningkat menjadi 15% pada tahun 2030 (WHO, 2009). Untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa sebagaimana yang telah dipaparkan sebelumnya, badan kesehatan dunia (WHO) pada tahun 2009 merekomendasikan 3 komponen, yaitu:

1. Membangun kebijakan kesehatan jiwa dan aturan legislatif terkait dengan perlindungan hak asasi manusia, stigma, diskriminasi, dan marjinalisasi pada masalah kesehatan jiwa.
2. Melakukan advokasi, dan bukan sekedar edukasi, untuk memobilisasi keterlibatan masyarakat dalam menanggulangi masalah kesehatan di wilayahnya.
3. Merumuskan piramida layanan kesehatan jiwa yang optimal.

Dalam tulisan ini, penulis akan mulai pada rekomendasi no. 3, yaitu piramida layanan kesehatan jiwa, karena dalam pelaksanaannya berhubungan dengan rekomendasi no.2. Dua rekomendasi tersebut yang akan dikaitkan dengan peran psikolog dan akademisi psikologi ke depan. Rekomendasi no.1 tidak didiskusikan secara mendalam tetapi menjadi rujukan karena Indonesia telah mempunyai Permenkes No. 406/2009 tentang pedoman pelayanan kesehatan jiwa komunitas dan UU No. 18/2014 tentang kesehatan jiwa.

Sebagaimana tampak pada Gambar 1, piramida layanan kesehatan jiwa yang optimal harus didukung layanan kesehatan berbasis komunitas dan sektor informal lain dengan tetap memerhatikan perawatan diri dalam seluruh proses pemulihan. Jadi layanan kesehatan tidak hanya menjadi tugas pemerintah saja, melainkan tugas masyarakat, dan yang lebih penting juga tugas pribadi untuk selalu mengupayakan diri sehat. Theresa Hoeft dan kawan-kawan menyebutnya *Task-Sharing* atau *Task Shifting* (Hoeft, T.J., et al.,2016). Layanan kesehatan jiwa yang terintegrasi seperti ini diharapkan mampu menjawab keterbatasan tenaga kesehatan jiwa, khususnya di wilayah *rural*. Dengan advokasi yang terus menerus, layanan kesehatan jiwa yang dilakukan secara kolaboratif ini diharapkan mampu meniadakan stigma.

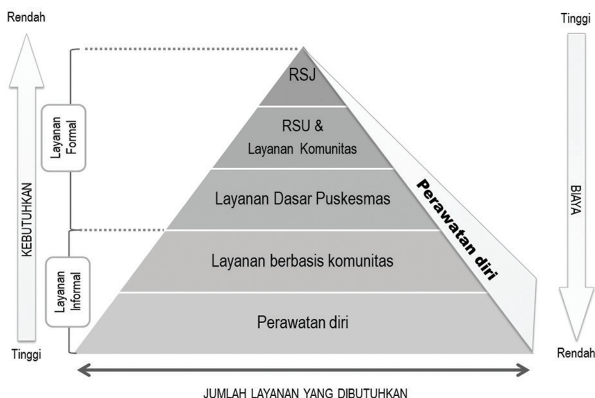
Sebaliknya, bila layanan kesehatan jiwa berfokus hanya pada layanan yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa (RSJ), maka hal ini tidak akan mampu menjawab kebutuhan lapangan dan berisiko pada pelanggaran hak asasi manusia. Kapasitas RSJ tidak mampu menampung semua orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Kalaupun dipaksakan akan menjadi kelebihan-kapasitas (*over-capacity*) yang justru mengakibatkan penurunan kualitas layanan, bahkan pelanggaran hak asasi manusia. Karena keterbatasan kapasitas layanan RSJ, masyarakat yang tidak tahu harus bagaimana merawat ART dengan gangguan jiwa berat terpaksa melakukan apa saja yang menurut mereka akan menyelesaikan masalah, termasuk membawa ke dukun dan memasung demi keamanan keluarga dan lingkungan.

Model piramida layanan kesehatan jiwa yang optimal ini dengan jelas menunjukkan bahwa RSJ merupakan rujukan terakhir bagi ODGJ berat yang membutuhkan bantuan profesional. Dibanding gangguan jiwa secara keseluruhan, kasus gangguan jiwa berat jauh lebih sedikit dibanding orang

dengan masalah kejiwaan (ODMK), namun beaya perawatan yang dibutuhkan lebih tinggi (mahal).

Sebaliknya pada tangga piramida bagian bawah, kebutuhan atas layanan kesehatan jiwa ringan amat besar, dan karena termasuk ringan maka beaya lebih murah. Bahkan beaya dapat makin ditekan saat layanan kesehatan jiwa berada di komunitas informal. Oleh karenanya WHO mengharapkan terjadinya peralihan tugas (*task shifting*) layanan kesehatan jiwa dari layanan formal di institusi kesehatan ke layanan informal berbasis komunitas. Istilah yang umum digunakan adalah *de-institusionalization.* Patut dicatat, *de-institusionalization* bukannya meniadakan institusi layanan kesehatan jiwa RSJ, melainkan rujukan yang terstruktur agar layanan kesehatan jiwa di RSJ hanyalah pada mereka yang sungguh-sungguh membutuhkan bantuan tenaga profesional, yang pada akhirnya mampu mengurangi beaya kesehatan yang tidak perlu. Tidak lupa juga untuk melakukan rujukan balik setelah selesai dirawat di RSJ, selayaknya dirujuk ke komunitas untuk mendapat dukungan dalam proses *"re-entry"* kembali ke masyarakat.

Kebutuhan adanya RSJ di setiap provinsi tetap diperlukan agar memudahkan ODGJ berat memeroleh layanan profesional. Pengalaman Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak bisa menjadi pertimbangan. Sebagaimana diketahui, Provinsi Banten tidak mempunyai Rumah Sakit Jiwa, sehingga Dinas selalu harus merujuk pasien gangguan jiwa berat ke RSJ terdekat di luar Banten. Masalahnya, prosedur jemputan yang dilakukan RSJ menyulitkan Dinas, karena



Gambar 1. Piramida Layanan Kesehatan Jiwa yang Optimal Rekomendasi WHO
Sumber: "*Improving Health Systems dan Services for Mental Health" (WHO, 2009. Hal.22).*

penjemputan ODGJ hanya dilakukan pihak RSJ kalau memenuhi jumlah minimal yang disyaratkan. Maka pembangunan RSJ di Banten merupakan kebutuhan agar sistem rujukan bisa berjalan lebih lancar.

Gambar 1 menunjukkan model layanan kesehatan jiwa yang direkomendasikan WHO dengan penjelasan mulai dari strata paling bawah sebagai berikut:

1. Perawatan diri (*self-care*) merupakan hal yang pertama dan utama, bahkan WHO menegaskan perawatan diri perlu tetap dilakukan saat individu sudah mendapat layanan kesehatan dari pelayan kesehatan, baik formal maupun informal. Ini menunjukkan bahwa upaya kesehatan jiwa tidak cukup hanya mengandalkan pihak luar, namun upaya pribadi sangatlah mendasar (semangat untuk sembuh, memilih teman bergaul, dll) sangat penting bagi tercapainya pemulihan.

2. Membangun layanan berbasis komunitas secara informal, antara lain melibatkan tokoh agama, tokoh masyarakat, dukun tradisional, guru, polisi, kader kesehatan, kelompok PKK, Karang Taruna, serta lembaga swadaya masyarakat lainnya. Karena melibatkan komponen masyarakat, mereka perlu mendapat informasi yang jelas dan benar tentang kesehatan jiwa. Untuk itu diperlukan pembekalan dasar tentang kesehatan jiwa, tanda-tanda orang dengan permasalahan kejiwaan dan gangguan jiwa, serta kemana merujuk bila membutuhkan bantuan profesional.

3. Mengintegrasikan layanan kesehatan jiwa ke dalam layanan kesehatan dasar, dalam hal ini puskesmas. Oleh karena tenaga kesehatan di puskesmas adalah tenaga kesehatan umum, maka diperlukan edukasi terlebih dulu kepada dokter dan perawat puskesmas untuk mengetahui masalah-masalah kesehatan jiwa dan bagaimana menangani pasien dengan gangguan kejiwaan.

4. Membangun layanan formal kesehatan jiwa di komunitas, misalnya *day center*, *day care* untuk lansia, panti rehabilitasi, dan lain sebagainya. Tentu saja institusi formal di komunitas ini perlu membangun kolaborasi dan koordinasi dengan layanan kesehatan baik umum maupun jiwa yang ada

di wilayahnya untuk keperluan rujukan ke atas dan menerima rujukan balik.

5. Membangun unit layanan kesehatan jiwa di rumah sakit
6. Membangun jumlah rumah sakit jiwa secara terbatas

Hoeft dan kawan-kawan (2016) melakukan evaluasi secara sistematik pelaksanaan sistem kesehatan jiwa yang direkomendasikan WHO ini dari berbagai artikel, laporan kegiatan maupun laporan penelitian yang dipublikasikan di berbagai jurnal. Mereka menemukan bahwa pelaksanaan pendekatan *task sharing* ini umumnya berfokus pada layanan yang dilakukan di komunitas dan layanan kesehatan primer dengan masalah-masalah kesehatan jiwa ringan misalnya mengelola stres, masalah napza, kekerasan domestik, depresi dan kecemasan.

Hal ini sangatlah masuk akal karena memang peralihan ke bawah itulah yang perlu mendapat perhatian dan evaluasi. Layanan kesehatan jiwa strata yang lebih bawah melibatkan masyarakat yang mempunyai keterbatasan pengetahuan dan kecakapan dalam menghadapi masalah kejiwaaan, termasuk masih adanya stigma dan diskriminasi, sehingga tidak semua masyarakat segera menyambut inisiatif tersebut. Maka pemberdayaan dilakukan di tingkat ini. Monitor dan evaluasi juga dilakukan untuk memastikan masyarakat paham apa yang harus dilakukan saat menemukan masalah kejiwaan di komunitasnya.

Laporan Hoeft dan kawan-kawan memberikan dua hal penting yang mungkin perlu menjadi catatan. Pertama terkait dengan penggunaan teknologi dalam memberi layanan kesehatan, disebut sebatai *telehealth* yang bisa digunakan untuk pemberdayaan di strata yang lebih bawah. Misalnya dokter umum di puskesmas yang lokasinya jauh bisa melakukan konsultasi dan mendapat penjelasan dari psikiater di Jakarta terkait dengan pengobatan ODGJ yang dihadapinya. Teknologi informasi dan sosial media selama pandemi Covid-19 juga digunakan untuk melakukan advokasi tentang kesehatan jiwa di masyarakat. Pandemi membuat penggunaan teknologi informasi terasa dipercepat dan lebih intensif. Dengan kewajiban bekerja dari rumah dan menjaga jarak fisik dan sosial, maka kegiatan advokasi melalui webinar, *talk-show*, serta diskusi-diskusi kesehatan jiwa saat ini menjamur dilakukan secara daring lintas provinsi, bahkan

lintas negara.

Catatan kedua lebih kepada tantangan terkait dengan etika, karena Hoeft dan kawan-kawan melihat bahwa layanan di strata bawah yang dipaparkan di jurnal-jurnal kurang memerhatikan masalah kerahasiaan ODGJ. Sangat mungkin karena di wilayah rural masyarakat umumnya mengetahui ada anggota masyarakat yang mempunyai masalah kejiwaan, sehingga bukan hal yang perlu dirahasiakan.

Dalam pertemuan *International Forum on Innovation in Mental Health* yang diselenggarakan oleh Fundacao Calouste Gulbenkian di Lisbon, Portugal tahun 2013 yang diikuti penulis (the Gulbenkian Global Mental Health Platform, 2013), ditegaskan bahwa pergeseran layanan kesehatan jiwa ke arah layanan berbasis komunitas merupakan hal yang urgen untuk segera dilaksanakan oleh negara-negara anggota WHO. Selain itu, ada tiga hal lain yang tidak kurang penting untuk diperhatikan, yaitu: 1) perlindungan hak-hak individu dengan disabilitas jiwa, khususnya anak-anak agar mereka juga mendapatkan layanan psikiatrik, 2) determinan sosial apa saja yang bisa dimodifikasi untuk melakukan promosi kesehatan jiwa dan pencegahan individu dari gangguan jiwa, dan 3) hubungan integral antara kesehatan fisik dan kesehatan jiwa, termasuk implikasinya saat mengintegrasikan layanan kesehatan jiwa ke dalam layanan kesehatan umum.

Lalu, bagaimana model layanan kesehatan jiwa yang optimal dari WHO ini dilaksanakan di Indonesia? Mari kita bahas dalam topik di bawah ini.

1. Perkembangan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis komunitas di Indonesia

Melakukan refleksi dari apa yang telah terjadi di Indonesia di masa lampau, penulis sepakat dengan paparan Good dkk, Daulima dkk, serta Cahyono dan Marieta (dalam Pols dkk, Jilid 1 & 2, 2019) bahwa titik tolak layanan kesehatan jiwa di Indonesia yang mengintegrasikan keterlibatan komunitas terjadi justru setelah petaka tsunami memporakporandakan Aceh di akhir tahun 2004 yang melenyapkan sekitar 170 ribu jiwa. Indonesia tidak punya pengalaman penanganan bencana alam sehebat itu sehingga tidak siap menghadapi trauma

para penyintas bencana yang jumlahnya begitu banyak karena tsunami telah meluluhlantakkan kehidupan masyarakat Aceh. Cahyono dan Marieta (2019) menegaskan bahwa sebelum bencana Aceh, pemerintah Indonesia dan bantuan internasional telah bertahun-tahun melakukan berbagai pertolongan dasar pada penyintas bencana, baik bencana alam maupun buatan manusia (konflik sosial). Namun selama ini terfokus pada bantuan dasar dalam kedaruratan dan kurang memerhatikan penangan kejiwaan dan aspek psikososial penyintas.

Good dkk menegaskan pula, bahwa selain bencana dahsyat tersebut, rakyat Aceh telah menyimpan trauma konflik sosial bersenjata selama bertahun-tahun. Meski korban kematian akibat konflik bersenjata jauh lebih sedikit, sekitar 35 ribu jiwa, namun keluarga yang ditinggalkan mengalami trauma kronis akibat kekerasan yang berkepanjangan. Bantuan internasional yang mengucur deras di wilayah tersebut tidak hanya berupa dana, tapi pemikiran-pemikiran inovatif untuk mencari solusi pemulihan secara cepat dan komprehensif.

Inovasi kesehatan jiwa di Aceh tidak lepas dari visi dr. Ibrahim Puteh, seorang dokter umum yang menjadi dosen Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala dan konsultan *International Organization for Migration* (IOM), yang menjabarkan tentang bagaimana layanan kesehatan jiwa di Aceh harus dibangun. Apa yang dipaparkan secara sederhana tanpa disadarinya adalah pengejawantahan peralihan tugas (*task shifting*) dari psikiater ke dokter umum dan perawat (Good dkk dalam Pols dkk, 2019).

Tak ada rotan, akar pun jadi. Tak ada cukup psikiater (hanya 4 orang di Aceh), perawat dan kader pun jadi. Untuk membantu pemulihan trauma secara cepat, para perawat mendapat pelatihan singkat tentang keperawatan jiwa dan mereka disebut sebagai perawat jiwa. Kegiatan yang didukung oleh WHO ini dikoordinir oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang dipimpin oleh Prof. Budi Anna Keliat, seorang perawat jiwa yang bersama tim membangun program *Community Mental Health Nursing* (CMHN). Selain menghasilkan perawat jiwa, program CMHN juga melakukan pelatihan kepada kader tentang kesehatan jiwa yang kemudian disebut Kader Kesehatan Jiwa (KKJ). Di komunitas, CMHN membangun kemitraan lintas sektoral dan lintas

program, termasuk melakukan manajemen kesehatan jiwa di "desa siaga sehat jiwa" (Daulima dkk, 2019 dalam Pols dkk, 2019).

Keberhasilan membangun program kesehatan jiwa berbasis komunitas ini mendapat apresiasi dari WHO. Dalam pertemuan *International Forum on Innovation in Mental Health* di Lisbon tahun 2013 yang dihadiri penulis (satu-satunya peserta dari Indonesia), foto *close up* Prof. Keliat dipresentasikan oleh salah satu representatif dari WHO. Keberhasilan di Aceh diharapkan menjadi model tidak saja di Indonesia, tapi juga di dunia internasional. Masalah keberlanjutan "Model Aceh" di Aceh menjadi tantangan tersendiri, khususnya setelah bantuan internasional untuk Aceh berakhir sekitar tahun 2010, apalagi penerapan model Aceh ke provinsi lainnya.

Bersamaan dengan inisiatif pembangunan layanan kesehatan jiwa di Aceh, Pusat Kajian Bencana dan Tindak Kekerasan, Departmen Psikiatri FKUI/RSCM dengan dukungan dana AusAID membangun Kelompok Kerja Advokasi Kesehatan Jiwa yang dibagi dua, yaitu Pokja Etika dimana penulis terlibat, dan Pokja Hukum. Kedua pokja menghasilkan masing-masing buku tentang upaya memerangi stigma dan perlakuan salah pada orang dengan gangguan jiwa, dan Naskah Akademik UU Kesehatan Jiwa. Keduanya diterbitkan awal tahun 2006.

Kementerian Kesehatan RI merespon rekomendasi WHO dengan terbitnya Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 406/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas yang menyatakan pertimbangan pertama (a) nya adalah: *"bahwa penanganan gangguan jiwa saat ini telah mengalami perubahan fundamental dari pendekatan klinis-individual menjadi produktif-sosial sesuai dengan berkembangnya konsep kesehatan jiwa komunitas"* Kepmenkes ini menyebutkan bahwa prinsip pelayanan kesehatan jiwa komunitas mencakup keterjangkauan, keadilan, perlindungan hak azasi manusia, keterpaduan, koordinasi dan berkelanjutan, efektivitas, adanya hubungan lintas sektoral, serta dilakukannya pembagian wilayah pelayanan dan kewajiban.

Masalah pemberdayaan komunitas untuk mengisi kekurangan tenaga profesional di bidang kesehatan jiwa juga berhasil dimasukkan dalam UU No. 18/2014 tentang kesehatan jiwa. Terkait dengan sumber daya, Pasal 40 ayat (3)

UU Kesehatan Jiwa disebutkan dengan jelas bahwa: *"Dalam hal ketersediaan sumber daya manusia di bidang Kesehatan Jiwa secara nasional tidak mencukupi, Pemerintah menyusun dan melaksanakan upaya percepatan pengadaan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa"*

Pasal ini memberi kesempatan kepada pemerintah untuk mengadakan pelatihan kesehatan jiwa kepada tenaga kesehatan yang ada untuk percepatan pengadaan sumber daya di bidang kesehatan jiwa. Lebih jauh, UU Kesehatan Jiwa juga telah mengadopsi model layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas. Pasal. 34 menyebutkan bahwa: *"Pelayanan Kesehatan Jiwa dasar …. merupakan pelayanan Kesehatan Jiwa yang diselenggarakan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum di Puskesmas dan jejaring, klinik pratama, praktik dokter dengan kompetensi pelayanan kesehatan jiwa, rumah perawatan, serta fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas rehabilitasi berbasis masyarakat."*

Dengan demikian bisa disimpulkan bahwa Indonesia melaksanakan rekomendasi WHO terkait dengan sistem layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas (atau masyarakat), dan hal tersebut telah diatur dalam UU Kesehatan Jiwa. Untuk merealisasikan mimpi layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas sebagaimana yang diamanatkan UU Kesehatan Jiwa, para ahli dan praktisi kesehatan jiwa di Indonesia telah melakukan banyak inisiatif.

Buku "*Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia*" dengan editor utama Prof. Hans Pols dari University of Sydney (penulis sebagai salah satu anggota tim editor) mengumpulkan pengalaman para ahli dan praktisi kesehatan jiwa di Indonesia dalam mengupayakan terealisasinya layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas di semua strata piramida layanan kesehatan jiwa yang direkomendasikan WHO. Dalam presentasinya di Gedung Nusantara DPR RI, Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, SpKJ, Wakil Ketua Komisi IX DPR RI dan Ketua Panja RUU Kesehatan Jiwa 2012-2014, menyebutkan bahwa buku yang terdiri dari dua jilid ini merupakan "primbon" layanan kesehatan jiwa di Indonesia.

Secara ringkas kedua jilid buku tersebut mengupas pengalaman nyata layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas, peran institusi formal sebagai kunci

pelaksanaan kebijakan layanan kesehatan jiwa, keterlibatan organisasi-organisasi non pemerintah dan gerakan relawan dalam mengupayakan kesehatan jiwa, peran kritis berbagai profesi dalam kesehatan jiwa, berbagai layanan layanan kesehatan jiwa pada masalah-masalah tertentu (napza, depresi, anak dan remaja, rehabilitasi psikososial), serta tantangan layanan kesehatan jiwa di Indonesia di masa depan.

Layanan kesehatan jiwa tidak terlepas dari peran psikolog maupun sarjana psikologi. Apa yang tertuang dalam dua jilid buku "primbon" tersebut hanyalah catatan sebagian kontribusi psikologi Indonesia dalam layanan kesehatan jiwa. Penulis yakin, jauh lebih banyak yang telah dilakukan oleh sarjana psikologi maupun psikolog Indonesia terkait dengan upaya peningkatan kesehatan jiwa di Indonesia. Berikut adalah ulasan ringkas sejauh yang penulis ketahui.

2. Peran Psikolog dan Ilmuwan Psikologi dalam meningkatkan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Piramida layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas yang direkomendasikan WHO di atas membuka peluang bagi seluruh psikolog dan ilmuwan psikologi di Indonesia berkontribusi melakukan upaya kesehatan jiwa sesuai bidang peminatannya masing-masing. Bahkan sebenarnya psikolog dan ilmuwan psikologi sudah melakukan banyak upaya kesehatan jiwa berbasis komunitas sebelum dikenalnya piramida layanan kesehatan jiwa tersebut.

Salah satu inisiatif yang dilakukan oleh psikolog dan ilmuwan psikologi terkait dengan kesehatan jiwa berbasis komunitas adalah kegiatan *harm reduction* pada pengguna narkoba suntik yang dilakukan oleh Prof. Irwanto dan sejumlah psikolog/ilmuwan psikologi serta pekerja sosial dan aktivis napza dan HIV/AIDS yang mendirikan Kios Atmajaya yang melakukan kegiatan penjangakuan (*outreach*) kepada ribuan pengguna napza suntik (penasun) sejak tahun 2002 sampai sekarang.

Berbicara tentang napza dan upaya rehabilitasi pengguna napza, kita tidak bisa lepas dari peran signifikan psikolog senior Riza Sarasvita yang

telah bekerja di RS Ketergantungan Obat selama 16 tahun, beberapa tahun di Kemenkes dan kemudian menjadi motor utama kegiatan Deputi Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional (BNN) sampai saat ini. Penulis sempat ikut terlibat dalam kegiatan deputi prevensi dan rehabilitasi BNN, dan saat ini sedang menyusun Indeks Kapabilitas Rehabilitasi yang diharapkan bisa dilaksanakan di seluruh Indonesia. Pegiat utama terapi dan rehabilitasi napza di Indonesia, Ibu Riza tidak segan merangkul berbagai komponen masyarakat, aktivis, serta tokoh agama karena rehabilitasi napza tidak hanya bersifat medis dan sosial saja, tapi juga tradisional dan spiritual yang perlu mendapat perhatian dan dukungan dari BNN secara berkelanjutan (Sarasvita dalam Pols, jilid II, 2019).

Rehabilitasi psikososial untuk orang dengan permasalahan kejiwaan (termasuk napza) dan gangguan jiwa merupakan sebuah kebutuhan yang tidak bisa ditawar. Menurut *World Association of Psychosocial Rehabilitation* (WAPR), rehabilitasi psikososial merupakan proses untuk memfasilitasi individu dengan disabilitas atau gangguan kejiwaan agar befungsi optimal di masyarakat (Setiawan, Purba, dan Hidayati dalam Pols jilid II, 2019). Sejumlah psikolog senior terlibat dalam pendirian dan pengurusan WAPR di Indonesia yang bernama Jaringan Rehabilitasi Psikososial Indonesia (JRPI), yaitu Nani Nurrachman, Retno Dewanti Purba, Josephine Rosa Marieta, dan penulis sendiri. Jaringan ini menekankan pentingnya kolaborasi lintas profesi dan praktisi kesehatan jiwa.

Menyadari peran penting psikologi sosial dalam masalah kesehatan dan konflik budaya, Nani Nurrachman dan sejumlah psikolog Unika Atma Jaya merumuskan dan membangun sebuah program magister psikologi yang berfokus pada dua bidang utama: sosial kesehatan dan temu budaya (Nurrachman & Suci, 2019). Di awal pendirian program magister ini, penulis dipercaya menjadi kaprodi selama lima tahun. Program magister ini adalah *multi-entry*, peminatan sosial kesehatan bercita-cita membekali mahasiswa dari berbagai latar belakang pekerjaan untuk lebih peduli dan siap berkarya melakukan pendekatan psikologi sosial dan psikologi kesehatan di bidang kerjanya, baik di rumah sakit, puskesmas, perkantoran, dan lembaga swadaya masyarakat. Kepedulian prodi atas kesehatan jiwa terekspresikan dengan menyelenggarakan ProJiwa dalam rangka hari kesehatan jiwa sedunia. Sebuah festival film kesehatan jiwa yang

berisi nonton dan diskusi berbagai film yang relevan dan dibedah lintas profesi dan praktisi yang kesemuanya dalam konteks kesehatan jiwa.

Kepedulian para psikolog Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada pada kesehatan jiwa terbukti dengan berdirinya *Center for Public Mental Health* (CPMH) pada tahun 2010 sebagai "pusat kajian, pusat pendidikan dan pelatihan, pusat advokasi kebijakan, dan pusat layanan" di bidang kesehatan jiwa masyarakat (https://cpmh.psikologi.ugm.ac.id/about/). Bermula dari upaya tersedianya layanan psikologi di puskesmas dalam bencana tsunami Aceh dan gempa di Bantul, Diana Setiyawati dan Prof. Subandi berhasil membangun model layanan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh psikolog di seluruh puskesmas Kabupaten Sleman dan melebar ke kabupaten lainnya. Peran psikolog menjadi amat penting dalam layanan kesehatan jiwa di puskesmas mengingat bahwa dokter dan perawat puskesmas umumnya tidak mempunyai bekal pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan dalam menangani pasien dengan masalah kejiwaan atau gangguan jiwa berat. Psikolog harus terampil dalam melakukan diagnosis gangguan jiwa, aspek biologis gangguan jiwa, manajemen risiko, serta kemampuan komunikasi dan advokasi (Setiyawati dan Subandi, 2019).

Psikolog juga aktif terlibat dalam menghadapi bencana, baik bencana alam maupun buatan manusia. Indonesia adalah *ring of fire* dan tempat bertemunya dua lempengan besar di bawah laut, sehingga bencana alam merupakan bagian yang sering terjadi. Trauma para penyintas dalam menghadapi kehancuran, kekerasan, dan kehilangan perlu mendapatkan bantuan. Konflik sosial tahun 1998 merupakan titik awal berdirinya Pusat Krisis (Puskris) Universitas Indonesia yang melibatkan sejumlah psikolog senior, antara lain Kristi Poerwandari, Nani Nurrachman, Frieda Mangunsong, dan Shinto Adelar. Saat ini Puskris dipimpin oleh Dicky Pelupessi, seorang psikolog sosial dan dosen Fakultas Psikologi UI yang akan menjelaskan masalah Kesehatan Jiwa Komunitas lebih dalam di serial ini.

Terkait dengan kebencanaan, Wahyu Cahyono dan Josephine Rosa Marieta (dalam Pols jilid II, 2019) menjelaskan bahwa tidak semua orang yang terdampak bencana akan mengalami trauma atau gangguan jiwa berat. Sebagian

besar yang terdampak mengalami situasi kejiwaan sebagai reaksi normal dalam situasi bencana, dan hanya sebagian kecil saja yang mengalami gangguan jiwa berat. Untuk itu keduanya menekankan pentingnya pendekatan psikososial dalam penanganan kesehatan jiwa pada situasi bencana.

Hal ini sejalan dengan apa yang disusun oleh PBB bersama organisasi dunia lain yang tergabung dalam *Inter-Agency Standing Committee* (IASC) yang pada tahun 2007 menerbitkan panduan untuk kesehatan jiwa dan dukungan psikososial dalam situasi darurat yang berjudul "*IASC Guidelines for mental health and psychosocial support in emergendy settings*" (IASC, 2007) . Buku panduan ini biasa disingkat sebagai MHPSS atau di lingkungan Kemenkes disebut Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS). Dalam panduan ini juga ditampilkan piramida intervensi kesehatan jiwa dan dukungan psikososial yang secara umum sama dengan piramida layanan kesehatan jiwa minus perawatan diri (*self-care*) karena tentu saja situasi darurat tidak memungkinkan melakukan perawatan diri.

Dalam menghadapi pandemi Covid-19, Kementerian Kesehatan RI berkolaborasi dengan HIMPSI dan berbagai profesi dan praktisi menyusun "Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Pandemi Covid-19" dengan menggunakan piramida intervensi kesehatan jiwa dan dukungan psikososial dari IASC sebagai dasar utama.

Kolaborasi lintas profesi dan praktisi juga dilakukan penulis dalam penyuluhan dan pelatihan tentang kesehatan jiwa di Maumere, Kabupaten Sikka, NTT. Bekerjasama dengan Seksi Psikiatri Komunitas dari Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) dan Dinas Kesehatan Kebupaten Sikka, penulis bersama tim dari Fakultas Psikologi Unika Atma Jaya membangun kolaborasi bernama Jiwa Merdeka. Kami melakukan kunjungan ke rumah-rumah ODGJ termasuk yang masih dipasung, memberikan penyuluhan tentang kesehatan jiwa kepada tokoh agama dan tokoh masyarakat, serta pelatihan kepada dokter dan perawat puskesmas di seluruh puskesmas kabupaten Sikka (Suci, *forthcoming*). Pelatihan singkat ini sebagai salah satu bentuk percepatan pengadaan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa sebagaimana yang diamanatkan Pasal 40 ayat (3) UU No.18 /2014 tentang kesehatan jiwa.

Penulis juga berkolaborasi bersama Novi Daulima, seorang perawat jiwa yang juga pengurus dari Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI), dan Bagus Utomo, pendiri Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia (KPSI) membangun inisiatif utnuk melakukan penyuluhan tentang kesehatan jiwa kepada tokoh agama dan tokoh masyarakat di Rangkas Bitung, Banten. Kegiatan yang kami beri nama Kesehatan Jiwa Menyapa Desa juga melakukan pelatihan tentang kesehatan jiwa kepada kader kesehatan untuk menjadi kader kesehatan jiwa (KKJ). Didukung sepenuhnya oleh Dinas Kesehatan setempat, sambutan kader dan masyarakat atas inisiatif ini sangat positif sehingga tim berencana untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang sama ke wilayah lain di kabupaten Lebak, Banten (Suci, 2020).

Psikolog dan ilmuwan psikologi juga terlibat dalam gerakan relawan dengan mendirikan organisasi non-pemerintah dan komunitas yang peduli dengan kesehatan jiwa untuk bidang-bidang tertentu, antara lain Pulih, Into the Light, Lentera Anak Pelangi, dan masih banyak lainnya yang sulit disebut satu persatu. Semua ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa secara langsung ataupun tidak langsung telah menjadi perhatian psikolog, ilmuwan psikologi, dan juga HIMPSI sebagai organisasi yang mewadahinya. Dalam Puncak Acara Peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia 2020, Prof. Seger Handoyo selaku Ketua PP HIMPSI dengan tegas menyatakan bahwa "HIMPSI berkomitmen meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat Indonesia dan membantu pemerintah menghadapi pandemi Covid-19 melalui layanan Sejiwa" (https://www.youtube.com/watch?v=-U-Xky00mts&t=2167s)

Penutup

Paparan dalam tulisan ini menunjukkan ada tiga fakta utama. Pertama, masalah kesehatan jiwa tidak surut bahkan berpotensi meningkat, khususnya tahun 2020 dengan adanya musibah pandemi Covid-19. Prevalensi gangguan jiwa berat dan ringan, serta pasung yang dilaporkan dalam Riskesdas 2013 dan 2018 menunjukkannya sebagai fakta (*evidence*) yang perlu mendapat perhatian.

Kedua, tenaga dan fasilitas layanan kesehatan jiwa sangat terbatas, rasio

psikiater, perawat jiwa, dan psikolog klinis dalam melayani penduduk sangat tidak realistis. Kecepatan pertambahan penduduk tidak berimbang dengan kecepatan pertambahan tenaga kerja di bidang kesehatan jiwa karena mendidik mereka menjadi tenaga profesional membutuhkan waktu

Ketiga, anggaran pemerintah untuk kesehatan jiwa sangat kecil, yaitu kurang dari 1% (Pols, 2020). Untuk mencapai visi Kemenkes dalam Edaran Menteri PPN/Bappenas No.B.899/M.PPN/Ses/PP.03.02/12/2019 20 Desember 2019**" Terwujudnya Masyarakat Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan** untuk Menuju Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian berlandaskan Gotong Royong" salah satu yang utama adalah mengupayakan kesehatan jiwa bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan anggaran yang terbatas, upaya kesehatan jiwa semesta akan menjadi sulit terlaksana.

Definisi sehat pada hakekatnya mencakup kesehatan fisik, mental dan sosial. Pada ahli kesehatan yang berfokus pada kesehatan fisik acapkali lupa bahwa kesehatan fisik berkelindan dengan kondisi mental pasien, dimana kondisi fisik bisa memengaruhi kesehatan jiwa, dan sebaliknya kondisi mental tertentu bisa memengaruhi kesehatan fisik. Maka tidak heran bahwa Prince dan kawan-kawan mengibarkan motto "*There is no health without mental health*" sesuai judul artikel yang diterbitkan oleh Lancet tahun 2007 (Prince et at., 2007).

Namun seringkali orang lupa menyadari bahwa kondisi mental individu juga sangat dipengaruhi oleh kondisi sosialnya dan dunia di sekitarnya. Michael Marmot dan WHO menegaskan adanya sejumlah – determinan sosial pada kesehatan jiwa. WHO telah merekomendasikan bahwa layanan kesehatan jiwa ke depan perlu berbasis komunitas, tidak lagi berfokus dan mengandalkan institusi layanan kesehatan jiwa seperti RSJ.

Sesuai rekomendasi WHO, maka Indonesia perlu mengarahkan layanan kesehatan jiwa ke depan secara kolaboratif dan berbasis komunitas. Hal ini telah dimulai beberapa dua dekade terakhir dimana keterlibatan masyarakat dan komunitas pada kesehatan jiwa makin meningkat. Mereka memfokuskan pada kondisi mental tertentu, antara lagi pasung, skizofrenia, dimensia alzheimer, pencegahan bunuh diri, gangguan bipolar, trauma, stigma, napza, individu yang terdampak HIV dan AIDS, dan lain sebagainya.

Dengan arah layanan kesehatan jiwa ke depan adalah berbasis komunitas, psikolog dan ilmuwan psikologi mempunyai ruang yang sangat luas untuk terlibat dalam pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam masalah kejiwaan, antara lain psikoedukasi, konseling, wawancara, observasi, pemberian dukunga n psikososial, pemberian bantuan pertama psikologis (*psychological first aid*) dalam kebencanaan, dan lain sebagainya.

Keterlibatan mereka dalam meningkatkan kesehatan jiwa, baik langsung maupun tidak langsung, sudah dilakukan selama beberapa dekade dan makin nyata dalam dua dekade terakhir dengan makin terbangunnya kolaborasi bidang psikologi dengan profesional dan praktisi non-psikologi lainnya.

Layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas juga diamanatkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 406/2009 tentang pedoman pelayanan kesehatan jiwa komunitas dan UU No. 15/2014 tentang kesehatna jiwa. Oleh sebab itu tidak berlebihkan apabila penulis menambahkan motto "*There is no mental health without social health*."

Daftar Acuan

Antara (2020) "3.441 orang sudah dibebaskan sejan pencanangan Indonesia bebas pasung," diunduh 31 Okt 2020 di https://www.antaranews.com/berita/1776125/3441-orang-sudah-dibebaskan-sejak-pencanangan-indonesia-bebas-pasung 10

Badan Litbangkes. (2013). *Riset Kesehatan Dasar: RISKESDAS 2013*. Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes

Badan Litbangkes. (2019). *Laporan Nasional RISKESDAS 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes

BPS (2020) "Jumlah Penduduk Hasil Proyeksi Menurut Provinsi dan Jenis Kelamin (Ribu Jiwa), 2018-2020" diunduh 31 Okt 2020 dari https://www.bps.go.id/indicator/12/1886/1/jumlah-penduduk-hasil-proyeksi-menurut-provinsi-dan-jenis-kelamin.html

Cahyono., W dan Marieta. J.R. (2019). "Merawat Hrapan dalam Bencana: Bencana Alam di Indonesia dalam Perspektif Psikologi," dalam Pols, H., dkk. (2019). *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.* Jilid. II. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Center for Public Mental Health (CPMH). *Tentang CPMH*. diunduh 25 Oktober 2020 dari https://cpmh.psikologi.ugm.ac.id/about/

Chan, M (2010). *Closing the mental health gap*. Pidato direktur jenderal WHO pada Mental Health Gap Action Programme Forum, Geneva: 7 Oktober 2010. Diunduh 28 Oktober 2020 di https://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/en/

CNN Indonesia, 10/10/2019. *Dokter Jiwa di Indonesia Masih Minim*. Diunduh 27 Oktober 2020 dari https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20191009104747-255-437989/dokter-jiwa-di-indonesia-masih-minim

Daulima, N.H.C., Windarwati, H.D., dan Wardani, I.Y. (2019) "Keperawatan Jiwa, Menuju *Community Mental Health Nurses*," dalam Pols, H., dkk. (2019). *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.* Jilid. II. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Edaran Menteri PPN/Bappenas No.B.899/M.PPN/Ses/PP.03.02/12/2019 20 Desember 2019 tentang visi Kemenkes RI

Good, B., Good, M.D dan Grayman, J.H. (2019). "Mereka-Ulang Pelayanan Kesehatan Jiwa Pascatsunami dan Pascakonflik Aceh." Dalam Pols, H., dkk. (2019). *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.* Jilid. I. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Hoeft, T.J., et al. (2016). "Task-Sharing Approaches to Improve Mental Health Care in Rural and Other Low-Resource Settings: A Systematic Review." *The Journal of Rural Health* 00: 1-5.

IASC. (2007) *IASC Guidelines for mental health and psychosocial support in emergendy settings.*Geneva: IASC.

Idaiani, S. dan Riyadi, E.I. (2018). "Sistem Kesehatan Jiwa di Indonesia: Tantangan untuk Memenuhi Kebutuhan," *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, Vol. 2(2): 70-80.

IPK Indonesia (2020) "Jumlah Psikolog Klinis Anggota IPK Indonesia" diunduh 26 Oktober 2020 dari https://ipkindonesia.or.id/jumlah-psikolog-klinis-anggota-ipk-indonesia/

Irmansyah. (2020). "'Indonesia Bebas Pasung' satu dekade kemudian." *Inside Indonesia*. Edition141: Jul-Sep 2020. Diunduh 31 Oktober 2020 di https://www.insideindonesia.org/indonesia-bebas-pasung-satu-dekade-kemudian

Katuuk, H.M., Daulima, N.H.C., Wardanio, I.Y. (2019). "Families' experience caring for mentally ill patients with re-pasung," *Enfermeria Clinica*. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.032

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 406/Menkes/SK/VI/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas.

Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Pandemi COVID-19.* Jakarta: Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI.

Kompas 12-08-2020 "Data Kependudukan 2020: Penduduk Indonesia 268.583.016 Jiwa." diunduh 26 Oktober 2020 dari https://nasional.kompas.com/read/2020/08/12/15261351/data-kependudukan-2020-

penduduk-indonesia-268583016-jiwa?page=all

Nurrachman, N. dan Suci, E.S.T. (2019). "Psikologi dan Politik Kesehatan Mental di Idnonesia" dalam Pols, H., dkk. (2019). *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.* Jilid. II. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Okpaku, S.O. (2014). *Essentials of Global Mental Health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Pokja Renstra Kemenkes 2020-2024. (2020). *Pokok-pokok Renstra Kemenkes 2020-2024*. Jakarta, 20 Februari 2020.

Pols, H. (2020). "The future of mental health care in Indonesia." *Inside Indonesia*. Edition141: Jul-Sep 2020. Diunduh 26 Oktober 2020 https://www.insideindonesia.org/the-future-of-mental-health-care-in-indonesia

Pols, H., dkk. (2019). *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.* Jilid. I. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Pols, H., dkk. (2019). *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.* Jilid. II. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Prince, M., et al. (2007). "No health without mental health," *The Lancet*. Vol. 370 (9590): 859-877.

Pusdatin. (2019). "Situasi dan Pencegahan Bunuh Diri." *Infodatin: Pusat Data dan Informasi Kementerin Kesehatan RI*. ISSN 2442-7659.

Rapat Kerja Nasional Kesehatan (2020). *Pokok-pokok Renstra Kemenkes 2020-2024.* Jakarta: Rapat Kerja Nasional Kesehatan. Diunduh 20 Oktober 2020 http://perpustakaan.litbang.kemkes.go.id/lokaciamis/index.php?p=show_detail&id=1818

Ridho, MM. (2020). *Kalau Jumlah Masalah Kesehatan Mental Melonjak, Indonesia Harus Apa?* Diunduh 28 Oktober 2020 dari https://asumsi.co/post/kalau-jumlah-masalah-kesehatan-mental-melonjak-indonesia-harus-apa

Sarasvita, R. (2019). "Drug Treatment dan Rehabilitasi di Indonesia," dalam Pols, H., dkk. (2019). *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.* Jilid. II. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Setiawan, P., Purba, R.W., dan Hidayati. N.E. (2019). "Rehabilitasi Psikososial,"

dalam Pols, H., dkk. (2019). *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.* Jilid. II. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Setiyawati,D dan Subandi (2019). "Psikolog di Puskesmas? Yes! Pengalaman Universitas Gadjah Mada," dalam Pols, H., dkk. (2019). *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.* Jilid. II. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Suci, Eunike. S.T. (2020). "Mental Health in a Banten Village." *Inside Indonesia*. Edition141: Jul-Sep 2020. Diunduh 23 Oktober 2020 di https://www.insideindonesia.org/mental-health-in-a-banten-village

Suci, Eunike., S.T (forthcoming) "Mental Health Initiatives in Two Disadvantaged Areas: Banten and East Nusa Tenggara." Book chapter.

SultanTV. (2020). *APKI Berharap Anggaran Lebih Besar untuk Kesehatan Jiwa*. Diunduh 26 Oktober 2020 https://sultantv.co/apki-berharap-anggaran-lebih-besar-untuk-kesehatan-jiwa/

The Gulbenkian Global Mental Health Platform (2013). *International Forum on Innovation in Mental Health.* Lisbon: Fundacao Calouste Gulbenkian

UU No.18/2014 tentang Kesehatan Jiwa

WFMH (2020). *World Mental Health Day 2020*. Diunduh 26 Oktober 2020 di laman https://wfmh.global/world-mental-health-day-2020/

WHO. (2009). *Improving Health Systems dan Services for Mental Health*. Geneva: WHO

WHO.int. (2020). *World Mental Health Day: an opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health,* 27 Agustsu2020. Diunduh 26 Oktober 2020 dari https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health

YouTube (10 Okt 2020) "*Puncak Acara Peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia*"

***Eunike Sri Tyas Suci**. The indicators of mental health in Indonesia do not improve significantly, especially during the Covid-19 pandemic in 2020. People with mental disorders do not receive treatment appropriately and some have been shackled in pasung for years. The complex problems of mental health in Indonesia include the shortage of mental health professionals and unavailability of mental health services across provinces. The shortage resources in Indonesia is actually what happens globally leading the WHO to introduce an optimal mental health pyramid model focusing task shifting or task sharing in mental health services. In the last two decades, the orientation of mental health services in Indonesia has been shifting from the hospital based provided by professionals to the community-based by developing collaborations across disciplines and practices at formal and informal institutions to close the gap between demand and supply in the services. The Minister of Health regulation No.406/2009 on the guideline for the community mental health services and the Law No. 18/2014 on mental health support direct the Indonesian mental health services in the future. Psychologists and scholars in psychology have greater opportunities to be involved in improving mental health of the Indonesian citizens. This paper proves that the "there is no health without mental health" motto should be completed with "there is no mental health without social health."*

Bab 4. Promosi Kesehatan Jiwa di Indonesia Menggunakan Pemetaan Intervensi

Yasinta Astin Sokang

Catatan Penting Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan secara umum seringkali dinilai sama dengan edukasi kesehatan atau lebih dikenal dengan penyuluhan kesehatan di Indonesia. Hal ini tidak terlepas dari akar promosi kesehatan yang memang berawal dari edukasi kesehatan (Green, Cross, Woodall, & Tones, 2019). Oleh karena itu, tidaklah mengherankan jika ketika membicarakan promosi kesehatan, hal yang pertama kali melintas dalam pikiran adalah penyuluhan kesehatan. Padahal promosi kesehatan jauh lebih kompleks daripada sekedar melakukan penyuluhan atau edukasi kesehatan. Kompleksitas promosi kesehatan terutama karena peningkatan kesadaran saja tidak menjamin perubahan perilaku individu dan komunitas dalam hal perilaku kesehatan (Bartholomew Eldredge dkk., 2016). Untuk itu, sangatlah penting untuk menyusun rencana yang matang, konsisten menerapkan rencana, dan melakukan evaluasi terhadap program promosi kesehatan yang dilakukan termasuk promosi kesehatan jiwa (Lucas & Lloyd, 2005; Poland, Krupa, & Mccall, 2009).

Dalam melaksanakan promosi kesehatan, ada dua elemen kunci yang harus menjadi perhatian, yaitu pemberdayaan dan partisipasi komunitas/masyarakat (Green dkk., 2019). Pemberdayaan mengacu pada perasaan yang dimiliki oleh anggota komunitas/masyarakat bahwa mereka mampu dan berdaya untuk mengubah atau melakukan perubahan terhadap situasi yang mereka hadapi (Fertman, Allensworth, & Auld, 2017; Green dkk., 2019). Untuk itu, masyarakat atau kelompok yang menjadi target promosi kesehatan perlu menetapkan tujuan serta membuat keputusan mengenai cara untuk meningkatkan status kesehatan mereka sendiri (Cyril, Smith, & Renzaho, 2016; Gottwald & Goodman-Brown, 2012; MacDonald, 1998). Partisipasi komunitas/masyarakat merujuk pada

keterlibatan anggota komunitas/masyarakat dalam menyusun program promosi kesehatan. Pelibatan ini termasuk menemukan kebutuhan dan masalah kesehatan yang dialami, serta menyusun, melaksanakan, hingga mengevaluasi program promosi kesehatan tersebut (Fertman dkk., 2017; Motley, Holmes, Hill, Plumb, & Zoellner, 2013; Reid dkk., 2018). Dengan demikian, program promosi kesehatan betul-betul dapat menjawab kebutuhan komunitas/masyarakat yang menjadi target program.

Implementasi elemen pemberdayaan dan partisipasi komunitas/ masyarakat dalam promosi kesehatan dapat dilakukan dengan maksimal jika praktisi kesehatan dapat mawas diri menjalankan perannya di komunitas/ masyarakat (Bartholomew Eldredge dkk., 2016; Gottwald & Goodman-Brown, 2012). Hal ini dapat dicapai dengan memahami kebutuhan anggota komunitas/masyarakat yang menjadi target, termasuk juga mempertimbangkan nilai sosial dan konteks budayanya (Jongen, McCalman, & Bainbridge, 2017). Memahami kebutuhan anggota komunitas/masyarakat berarti juga memahami sudut pandang pemangku kepentingan yang ada di dalam komunitas yang menjadi target pelaksanaan promosi kesehatan (Cyril dkk., 2016; MacDonald, 1998; Poland dkk., 2009). Untuk itu, praktisi haruslah bekerja sama dengan semua pemangku kepentingan yang ada dalam komunitas, termasuk pembuat keputusan dan penyedia layanan kesehatan (Fertman dkk., 2017; Gottwald & Goodman-Brown, 2012).

Promosi Kesehatan dan Promosi Kesehatan Jiwa

Pelaksanaan program promosi kesehatan di Indonesia seringkali tidak dikaitkan dengan promosi kesehatan jiwa. Pelaksanaan program promosi kesehatan jiwa lebih sering dianggap sebagai ‘tugas’ psikolog dan perawat jiwa daripada tanggung jawab bersama. Padahal promosi kesehatan dan promosi kesehatan jiwa sama-sama diperlukan, saling melengkapi, dan tidak bisa tergantikan satu sama lainnya. Promosi kesehatan harus memberi pengaruh positif terhadap status kesehatan individu dan komunitas dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, dan perilakunya yang berkaitan dengan

kesehatan secara umum (Fertman dkk., 2017). Sedangkan promosi kesehatan jiwa berfokus pada peningkatan kompetensi, sumber daya, dan kekuatan psikologis individu, dan pada saat yang sama mampu memperkuat komunitas agar dapat mencegah gangguan mental dan meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup masyarakat (Friedli, 2009; Jané-Llopis, Barry, Hosman, & Patel, 2005). Pandangan ini sesungguhnya telah menunjukkan bahwa promosi kesehatan jiwa haruslah memiliki tempat dalam promosi kesehatan secara umum sebab keduanya saling kait-mengait (Herrman, Saxena, & Moodie, 2005).

Meski demikian, promosi kesehatan di Indonesia masih berfokus pada pendekatan biomedikal yang menekankan sebab akibat fisik dan kurang mampu menjawab kebutuhan multidimensional masyarakat akan kesehatan (Sokang, Westmaas, & Kok, 2019a, 2019b). Penelitian yang dilakukan Sokang dkk. (2019a) di Jakarta, menunjukkan bahwa masyarakat memaknai kesehatannya—sehat dan sakit— dari berbagai aspek. Sehat tidak hanya sebagai kondisi fisik yang kuat dan segar saja, tetapi juga dimaknai sebagai kondisi psikologis yang tenang dan damai, relasi yang dekat dengan Tuhan, serta kemampuan untuk melakukan aktivitas harian. Demikian pula dengan sakit, masyarakat memandang sakit tidak hanya sebagai kondisi tubuh yang lemah dan terinfeksi penyakit, tetapi juga dimaknai sebagai perasaan tidak nyaman, bentuk teguran dari Tuhan, situasi yang tidak normal, dan juga ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas harian. Sudut pandang masyarakat yang multidimensional, termasuk memandang kondisi psikologis sebagai bagian dari kesehatan—sehat dan sakit— secara umum semakin menunjukkan bahwa kebutuhan psikologis tidak bisa terlepas begitu saja dari kebutuhan kesehatan secara umum (Sokang dkk., 2019b). Perspektif masyarakat ini juga memperkuat pandangan bahwa promosi kesehatan dan promosi kesehatan jiwa tidak bisa terpisahkan.

Pendekatan yang Sesuai

Seperti telah dijelaskan sebelumnya bahwa pelaksanaan promosi kesehatan dan promosi kesehatan jiwa seharusnya saling kait-mengait dan saling menguatkan. Dalam pelaksanaannya, promosi kesehatan baik kesehatan

umum maupun kesehatan jiwa harus mengutamakan pemberdayaan dan partisipasi. Dengan demikian, bukan hanya bantuan dari elemen masyarakat yang dibutuhkan tetapi bersama-sama—bekerja sebagai mitra—sejak menggali kebutuhan hingga evaluasi program.

Meski mudah dikatakan, namun menciptakan sebuah kemitraan bukanlah hal yang mudah dan penuh tantangan karena kompleksitas isu kesehatan jiwa yang ada di masyarakat. Untuk itu, sangat penting bagi kemitraan untuk menyusun sebuah rencana promosi kesehatan jiwa yang tepat, bukan hanya secara teoritis, tetapi juga sesuai dengan kondisi sosial budaya komunitas yang dituju. Program promosi kesehatan jiwa yang demikian diharapkan akan mampu memfasilitasi dan memenuhi kebutuhan komunitas akan pelayanan kesehatan jiwa sambil tetap dapat menghormati budayanya yang terkait dengan isu kesehatan jiwa.

Pendekatan yang saya tawarkan dalam tulisan ini adalah pendekatan Koalisi Komunitas (*Community Coalition*). Pendekatan ini adalah sebuah pendekatan yang cukup populer dipakai untuk menjembatani kesenjangan antara program dengan kebutuhan masyarakat. Koalisi Komunitas didefinisikan sebagai sekelompok individu yang mewakili berbagai organisasi dalam komunitas dan setuju untuk bekerja sama mencapai tujuan yang sama demi perkembangan komunitas (Butterfoss, Goodman, & Wandersman, 1993; Butterfoss & Kegler, 2002; Feighery & Rogers, 1990). Melibatkan berbagai kelompok dalam komunitas dapat membantu koalisi memahami isu yang ada dalam komunitas sebab anggota koalisi memiliki pengalaman langsung terkait isu yang ingin ditangani (Butterfoss dkk., 1993; Butterfoss & Kegler, 2012).

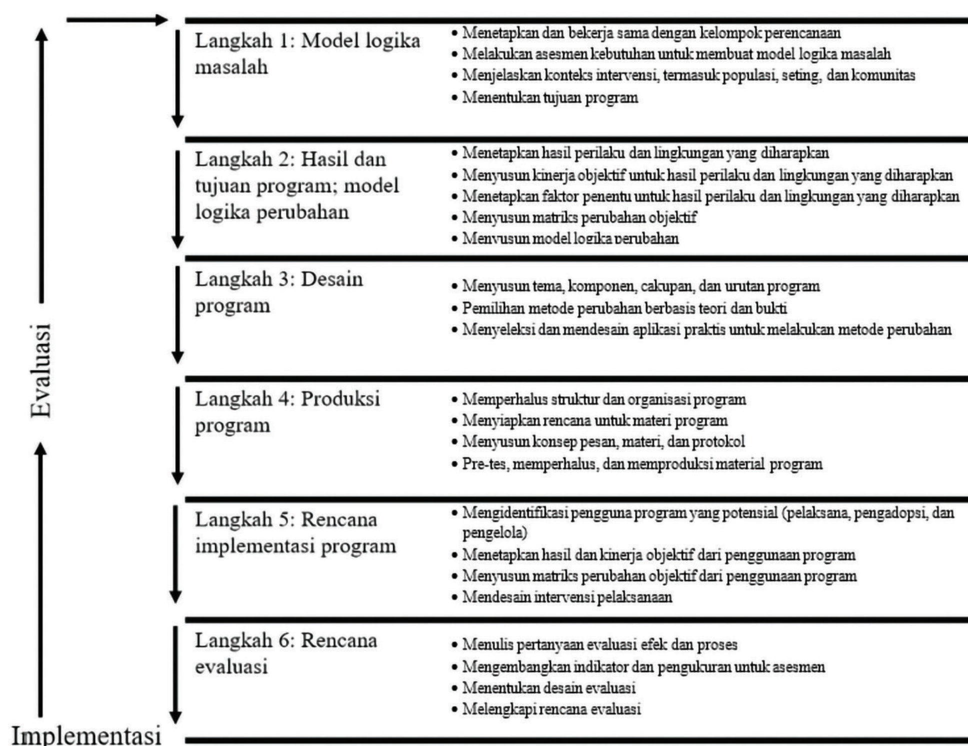
Sebuah studi literatur menemukan bahwa ada tujuh aspek utama yang sangat harus diperhatikan jika ingin menggunakan koalisi komunitas dalam sebuah program, yaitu keahlian yang bervariasi antar anggota, kejelasan tujuan koalisi, kejelasan motivasi dan kepentingan setiap anggota koalisi, kepemimpinan, kepercayaan dan kelekatan anggota koalisi, kejelasan peran anggota, dan pemahaman atas norma dan budaya yang ada dalam komunitas tempat program dilakukan (Sokang, 2020). Ketujuh aspek ini tidak berdiri sendiri tetapi saling berkaitan dan saling menguatkan satu sama lain. Dengan menerapkan tujuh

aspek ini Koalisi Komunitas diharapkan mampu mengenali akar masalah isu yang muncul, mengetahui aspek yang mendorong isu tersebut, melakukan analisa dan menggali solusi, serta mengimplementasi dan mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan untuk meminimalisir atau mengantisipasi munculnya suatu masalah di komunitas (Butterfoss dkk., 1993; Butterfoss & Kegler, 2012).

Rekomendasi Praktis

Secara praktis, pelaksanaan program dapat dilakukan dengan mengikuti langkah-langkah yang telah terstruktur dalam Pemetaan Intervensi (*Intervention Mapping*). Pemetaan Intervensi adalah sebuah pendekatan yang mendasarkan perencanaan program pada teori dan bukti (Bartholomew Eldredge dkk., 2016). Salah satu kelebihan Pemetaan Intervensi adalah tersedianya deskripsi yang jelas dalam setiap langkah pelaksanaan, yaitu mulai dari perencanaan dan desain, pengembangan, penerapan dan evaluasi tujuan program (Dalum, Schaalma, & Kok, 2012; van Empelen, Kok, Schaalma, & Bartholomew, 2003). Ada enam langkah dalam Pemetaan Intervensi; dan dalam setiap langkahnya ada beberapa tugas yang harus dilakukan (Gambar 1). Tuntasnya suatu tugas menjadi landasan bagi tugas lainnya yang ada dalam protokol Pemetaan Intervensi (Bartholomew Eldredge dkk., 2016).

Dengan berpatok pada langkah-langkah yang tersaji dalam Gambar 1 maka hal pertama yang dapat dilakukan adalah dengan membentuk tim Koalisi Komunitas. Tim Koalisi Komunitas ini dapat dimulai oleh ilmuwan psikologi kesehatan atau ahli perubahan perilaku bekerja sama dengan psikolog Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) atau perawat jiwa. Ilmuwan dapat memberikan landasan teori dan menyediakan informasi hasil penelitian terbaru agar dapat disesuaikan dengan kondisi yang ada di lapangan, sedangkan psikolog di Puskesmas atau perawat jiwa dapat memberikan informasi awal mengenai kondisi yang ada di komunitas. Dalam seluruh rangkaian kerjanya, Koalisi Komunitas harus mengutamakan pengambilan keputusan bersama sehingga program terus terarah dan sesuai kebutuhan komunitas (Sokang, 2020).



Gambar 1: Protokol Pemetaan Intervensi (Bartholomew Eldredge dkk., 2016)

Tugas selanjutnya adalah melakukan pengumpulan data untuk identifikasi kebutuhan yang ada di lapangan. Pada tahap ini, koalisi dapat diperluas dengan melibatkan perwakilan masyarakat sebagai anggota tim Koalisi Komunitas, misalnya perwakilan petugas Puskesmas, ibu-ibu PKK, kader kesehatan, dan lain-lain. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan yang sesuai dengan kondisi komunitas. Meskipun telah banyak penelitian mengenai kesehatan jiwa yang terbit, namun penting untuk mengenali perspektif masyarakat dalam memandang isu kesehatan jiwa di sekitarnya. Oleh karena itu, pendekatan kualitatif adalah pendekatan yang tepat untuk dapat mengungkapkan sudut pandang masyarakat secara apa adanya (Anderson, 2010). Pelaksanaan pengumpulan data juga harus dilakukan kepada seluruh lapisan masyarakat untuk mengetahui pandangan mereka mengenai isu yang diangkat (Sokang, 2020). Pada komunitas desa, pengumpulan data dapat dilakukan dengan berbagai elemen atau kelompok di dalam komunitas, misalnya

dengan ketua dan pengurus RT, ibu-ibu PKK, kader kesehatan desa, pemuka agama, karang taruna, pemuda Masjid, kelompok Orang Muda Katolik, dll.

Hasil pengumpulan data kemudian digunakan untuk menyusun kerangka masalah yang sebetulnya terjadi di komunitas. Dengan menggunakan hasil pengumpulan data, tim Koalisi Komunitas diharapkan memiliki gambaran yang jelas mengenai konteks yang ada dalam masyarakat, termasuk pandangan dan harapan mereka, serta tantangan, dan kekuatan yang dimiliki. Kerangka masalah ini dapat dijadikan landasan untuk menetapkan tujuan yang ingin diraih (Bartholomew Eldredge dkk., 2016). Perlu diingat bahwa dalam seluruh proses ini penggabungan antara dasar teori dan bukti dari lapangan harus terus dilakukan.

Pelaksanaan langkah Koalisi Komunitas haruslah berdasarkan pada temuan pada tahap sebelumnya. Oleh karena itu, penentuan tujuan dan juga kerangka program yang akan dilakukan harus dilakukan secara bersama-sama oleh anggota tim Koalisi Komunitas. Selanjutnya, tim dapat menyusun rancangan program dan mempersiapkan pelaksanaan program. Pelaksanaan program dapat dilakukan jika seluruh rancangan program sudah diujikan sehingga dapat memberi kepastian keberhasilan program. Pada tahap akhir, evaluasi perlu dilakukan, baik terhadap keberhasilan program maupun terhadap proses yang dilakukan oleh tim koalisi. Kedua evaluasi ini penting untuk dilakukan agar dapat menjadi umpan balik demi perbaikan program selanjutnya (Bartholomew Eldredge dkk., 2016).

Kesimpulan

Berdasarkan penjelasan di atas ada beberapa hal yang dapat disimpulkan. Yang pertama, pentingnya pemberdayaan dan partisipasi komunitas/masyarakat ketika praktisi ingin melakukan promosi kesehatan, baik kesehatan umum maupun kesehatan jiwa. Yang kedua, promosi kesehatan umum dan promosi kesehatan jiwa seharusnya saling mendukung dan saling melengkapi sebab keduanya tidak dapat dipisahkan begitu saja. Yang ketiga, pendekatan Koalisi Komunitas dianggap tepat untuk menjawab tantangan promosi kesehatan

jiwa di Indonesia sebab melibatkan anggota masyarakat sebagai anggota koalisi. Pelibatan ini diharapkan mampu memberi pemahaman mendalam mengenai realitas isu kesehatan jiwa berdasarkan sudut pandang masyarakat sebab merekalah yang terlibat secara langsung. Yang keempat, usulan praktis pelaksanaan Koalisi Komunitas dengan menggunakan Pemetaan Intervensi sebagai pedoman pelaksanaan.

Daftar Acuan

Anderson, C. (2010). Presenting and evaluating qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, *74*(8). https://doi.org/10.5688/aj7408141

Bartholomew Eldredge, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernandez, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach* (Fourth). San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.

Butterfoss, F. D., Goodman, R. M., & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research*, *8*(3), 315–330. https://doi.org/10.1093/her/8.3.315

Butterfoss, F. D., & Kegler, M. C. (2002). Toward a Comprehensive Understanding of Community Coalitions: Moving from Practice to Theory. Dalam R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research : strategies for improving public health* (First, hlm. 157–193). San Francisco, CA: Jossey-Bass. https://doi.org/10.1345/aph.1c251

Butterfoss, F. D., & Kegler, M. C. (2012). A coalition model for community action. Dalam M. Minkler (Ed.), *Community organizing and community building for health and welfare* (hlm. 309–328). New Brunswick: Rutgers University Press. Retrieved from htpps://muse.jhu.edu/.

Cyril, S., Smith, B. J., & Renzaho, A. M. N. (2016). Systematic review of empowerment measures in health promotion. *Health Promotion International*, *31*(4), 809–826. https://doi.org/10.1093/heapro/dav059

Dalum, P., Schaalma, H., & Kok, G. (2012). The development of an adolescent smoking cessation intervention-an Intervention Mapping approach to planning. *Health Education Research*, *27*(1), 172–181. https://doi.org/10.1093/her/cyr044

Feighery, E., & Rogers, T. (1990). *How-to guides on community health promotion. Guide 12: Buildingand maintainingeffective coalitions*. Palo Alto, CA: Stanford Health Promotion Resource Center.

Fertman, C. I., Allensworth, D. D., & Auld, M. E. (2017). What are health promotion programs? In C. I. Fertman & D. D. Allensworth (Eds.), *Health promotion programs : from theory to practice* (Second). San Francisco, CA: Jossey-Bass. Retrieved from http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzEzODQwMzdfX0FO0?sid=07af99b7-a637-4927-b837-537c36520dc4@sessionmgr102&vid=0&format=EB&rid=1

Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/mental_health_resilience_inequalities_summary.pdf

Gottwald, M., & Goodman-Brown, J. (2012). *A Guide To Practical Health Promotion*. Berkshire: Open University Press. Retrieved from http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzQ4MTc4OV9fQU41?sid=c4f7e024-c3ed-47d4-b993-b5d9f4b01ede@sessionmgr102&vid=0&format=EB&rid=1

Green, J., Cross, R., Woodall, J., & Tones, K. (2019). *Health Promotion: Planning and Strategies*. *Sage* (4th ed.). London: Sage Publications.

Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. *World Health Organization*. Switzerland. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2004.00268.x

Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*, *Suppl 2*(Cdc), 9–25. https://doi.org/10.1177/10253823050120020103x

Jongen, C. S., McCalman, J., & Bainbridge, R. G. (2017). The implementation and evaluation of health promotion services and programs to improve cultural competency: A systematic scoping review. *Frontiers in Public Health*, *5*(February). https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00024

Lucas, K., & Lloyd, B. (2005). *Health promotion: evidence and experience*. London: SAGE Publications. https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-5401-3.00036-9

MacDonald, T. H. (1998). *Rethinking health promotion: a global approach*.

London: Routledge. Retrieved from http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzQ2MDM0NF9fQU41?sid=51d3df44-7e28-41ee-a65b-d99f1ac5e66c@sessionmgr103&vid=1&format=EB&rid=1

Motley, M., Holmes, A., Hill, J., Plumb, K., & Zoellner, J. (2013). Evaluating community capacity to address obesity in the Dan River Region: A case study. *American Journal of Health Behavior*, *37*(2), 208–217. https://doi.org/10.5993/AJHB.37.2.8

Poland, B., Krupa, G., & Mccall, D. (2009). Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health Promotion Practice*, *10*(4), 505–516. https://doi.org/10.1177/1524839909341025

Reid, K. S., Sekhobo, J. P., Gantner, L. A., Holbrook, M. E. K., Allsopp, M., Whalen, L. B., & Koren-Roth, A. (2018). A mixed-method evaluation of the New York State Eat Well Play Hard Community Projects: Building local capacity for sustainable childhood obesity prevention. *Evaluation and Program Planning*, *67*(December 2017), 79–88. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.12.004

Sokang, Y. A. (2020). *A Starting Mark of Health Promotion in Jakarta : Voicing the Community ' s Perspective*. Maastricht. Retrieved from https://doi.org/10.26481/dis.20200528as

Sokang, Y. A., Westmaas, A. H., & Kok, G. (2019a). From Physical to Spiritual: A Qualitative Study of Jakartans Health & Sickness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(19), 3564. https://doi.org/10.3390/ijerph16193564

Sokang, Y. A., Westmaas, A. H., & Kok, G. (2019b). Jakartans ' Perceptions of Health Care Services. *Frontiers in Public Health*, *7*(September), 1–8. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00277

van Empelen, P., Kok, G., Schaalma, H. P., & Bartholomew, L. K. (2003). An AIDS Risk Reduction Program for Dutch Drug Users: An Intervention Mapping Approach to Planning. *Health Promotion Practice*, *4*(4), 402–412. https://doi.org/10.1177/1524839903255421

Yasinta Astin Sokang. *In Indonesia, mental health promotion has been seen as a separate issue from health promotion in general. Whereas, mental health issue is a complicated issue because the challenges were not only related to the lack of knowledge and mental health services available, but also stigma and culture. Through this article, I propose a concept of integrating mental health promotion into health promotion program. The reason behind the proposal was mental health is an important part of health in general; that mental health is related to individual health in general. With this concept in mind, I offered practical recommendation to build a community coalition with Intervention Mapping framework to guide the process.*

Bab 5. Ada Karena Komunitas! Kesehatan Jiwa Komunitas

Dicky Pelupessy

Pandemi Covid-19 telah dan makin menyadarkan kita bahwa menjaga kesehatan jiwa tidak kalah penting dibandingkan menjaga kesehatan fisik. Pandemi Covid-19 juga menunjukkan kepada kita bahwa berinvestasi untuk meningkatkan kemampuan pelayanan kesehatan jiwa menjadi kunci dalam menghadapi dan mengatasi peristiwa sulit berkepanjangan (Moreno dkk., 2020). Berbeda dengan bencana alam, bencana nonalam seperti pandemi seakan terus-menerus menggerus rasa aman individu dan komunitas. Virus sebagai mikroorganisme yang dapat memperbanyak diri secara tak kasat mata telah meningkatkan kecemasan individu dan komunitas. Belum adanya obat antivirus ataupun vaksin penangkal Covid-19 –sampai dengan artikel ini ditulis– membuat kecemasan individu dan komunitas terus menerus dirasakan dan bahkan makin meningkat.

Kecemasan kemudian menjadi fondasi dari masalah-masalah yang berkaitan dengan perilaku dan kesejahteraan (*wellbeing*) di level individu dan perilaku dan kesejahteraan (*wellbeing*) di level sosial di masa pandemi Covid-19. Di level individu, di satu sisi kecemasan dapat berkembang menjadi sebatas ketidaknyamanan (*disturbance*) emosional dan dapat pula berkembang menjadi gangguan (*disorder*) kesehatan jiwa. Di sisi lain, kecemasan dapat mempengaruhi sistem imunitas tubuh manusia karena kecemasan yang tinggi membuat tubuh memproduksi lebih sedikit antibodi yang bersirkulasi dalam darah (Herbert, 1994). Jika imunitas menurun maka kemampuan tubuh manusia menurun pula untuk melawan Covid-19 yang masuk ke dalam tubuh (Chowdhury dkk., 2020).

Di level sosial, kecemasan yang dialami individu atau kelompok dapat berkembang menjadi sumber masalah-masalah relasional. Masalah-masalah berkaitan dengan orang lain atau kelompok lain seperti ketidakpercayaan (*distrust*), stigma, prasangka, diskriminasi, dan bahkan *xenophobia* dalam situasi Covid-19

berawal dari kecemasan yang tak terkelola dengan baik. Ketidakpatuhan (*non-compliance*) terhadap protokol kesehatan yang ditampilkan individu juga dapat dikatakan sebagai manifestasi yang lain dari kecemasan yang tak terkelola dengan baik (lihat Moore dkk., 2020). Masalah-masalah individual atau relasional di masa pandemi tentu bukan hanya bersumber dari kecemasan terhadap atau akibat Covid-19. Banyak masalah individual atau relasional di masa pandemi bersumber dari kondisi yang tidak terkait dengan pandemi Covid-19 yang memang telah eksis di masa sebelum pandemi.

Kecemasan baik akibat Covid-19, akibat kondisi yang tidak terkait Covid-19, maupun akibat yang berkelindan di antara keduanya berkaitan erat dengan kondisi kesehatan jiwa. Kondisi kesehatan jiwa yang baik dapat menjadi penahan (*buffer*) kecemasan menghadapi pandemi Covid-19. Lebih dari itu, kesehatan jiwa menjadi sumber ketangguhan resiliensi individu dan komunitas untuk *survive* berhadapan dengan pandemi Covid-19.

Kesehatan Jiwa

Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization* atau WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai kesejahteraan secara fisik, jiwa, dan sosial dan bukan semata-mata tidak adanya penyakit atau kecacatan. Mengenai kesehatan jiwa, WHO mendefinisikannya sebagai kesejahteraan di mana individu menyadari potensinya, dapat mengatasi stres normal kehidupan, dapat bekerja secara produktif dan bermakna, dan mampu berkontribusi bagi komunitasnya. Definisi WHO tentang kesehatan dan kesehatan jiwa tersebut memiliki kesamaan, yaitu mengenai kesejahteraan (*wellbeing*) individu.

Dalam khazanah literatur psikologi, kesejahteraan (*wellbeing*) memiliki banyak definisi atau pengertian. Namun, pada umumnya kesejahteraan (*wellbeing*) didefinisikan sebagai kondisi psikologis di mana individu merasakan kebahagiaan. Bahkan menurut salah seorang tokoh gerakan psikologi positif, Diener (2000), kesejahteraan dapat dipakai secara bergantian dengan kebahagiaan. Penyamaan kesejahteraan dengan kebahagiaan membuat kesejahteraan dipahami sebagai munculnya perasaan positif dan kepuasaan hidup individu sehingga kesejahteraan

menjadi bersifat subyektif (*subjective*) dan psikologis (*psychological*). Konsepsi kesejahteraan tersebut dapat dikatakan *psycho-centric* atau fokus pada dimensi emosional dan kognitif individu. Singkatnya, kesejahteraan yang sama dengan kebahagiaan adalah emosi-emosi positif dan menyenangkan yang dirasakan individu dan perasaan bermakna (*sense of meaning*) yang membuat individu merasakan kepuasan atas hidup yang dijalani.

Prilleltensky, Nelson, dan Peirson (2011) mengemukakan satu pandangan kritis mengenai kesejahteraan. Menurut mereka, kesejahteraan dirasakan individu ketika berkesempatan untuk memiliki daya (*power*) dan kendali (*control*) atas hidupnya. Kesejahteraan adalah indikator penting kesehatan jiwa. Dengan demikian, kesehatan jiwa yang positif adalah ketika individu merasakan pemberdayaan (*empowerment*) dan kendali atas hidupnya (*sense of control*) yang dicapai lewat lingkungan sosial, komunitas, dan keluarga yang mendorong partisipasi, determinasi diri, dan efikasi diri. Lebih lanjut mereka menegaskan bahwa kesejahteraan adalah sebuah transaksi, proses saling mempengaruhi antara individu dan lingkungannya.

Pandangan Prilleltensky, Nelson, dan Peirson tersebut dapat dikatakan mewakili pandangan yang bukan arus utama (*non-mainstream*) di dalam psikologi. Pandangan arus utama psikologi adalah kesejahteraan dan kesehatan jiwa yang berpusat pada individu; sedangkan pandangan Prilleltensky, Nelson, dan Peirson menekankan faktor lingkungan yang mempengaruhi dan membentuk kesejahteraan. Pandangan Prilleltensky, Nelson, dan Peirson mewakili pandangan psikologi komunitas mengenai kesejahteraan, kesehatan fisik, dan jiwa dalam situasi individu yang selalu berada di dalam sebuah konteks, latar, atau lingkungan.

Peran Sentral Konteks, Latar, atau Lingkungan

Seymour Sarason, seorang pendiri psikologi komunitas di Amerika Serikat mengemukakan satu konsep kunci psikologi komunitas yaitu *sense of community*. Konsep yang diperkenalkan dalam bukunya berjudul "*The psychological sense of community: Prospect for a community psychology*" – yang pertama kali

diterbitkan pada tahun 1974 – merupakan hasil refleksi atas pengalaman praktiknya sebagai psikolog sebelum dan setelah mendirikan *Psycho-Educational Clinic* di Universitas Yale. Menurutnya, masalah-masalah psikologis para klien yang pernah ditanganinya berakar dari situasi yang terjadi di dalam konteks, latar, atau lingkungan individu. Kesepian, keterasingan, dan ketercerabutan yang dilaporkan para kliennya mengindikasikan ketiadaan *sense of community* di dalam konteks, latar, atau lingkungan sosial seseorang. Mengapa *sense of community*? Karena *sense of community* menunjukkan sejauh mana seseorang merasa menjadi bagian dan bermakna di dalam satu kolektifitas. Dengan perkataan lain, Sarason menyatakan bahwa kesejahteraan individu dan kolektif (*individual and collective wellbeing*) dapat ditemukan pada aspek kolektifitas sebuah konteks, latar, atau lingkungan. Semakin kolektifitas menguat, semakin dapat dirasakan kesejahteraan. Kemudian, semakin kesejahteraan dirasakan, semakin *sense of community* dirasakan. Lebih lanjut, semakin *sense of community* dirasakan, semakin masalah-masalah kesehatan jiwa dapat dicegah atau diatasi.

Pandangan Sarason mengenai kesejahteraan yang mewakili perspektif psikologi komunitas juga menekankan pentingnya aspek sistem yang membentuk kesejahteraan dan kesehatan jiwa. Berbicara mengenai masalah-masalah psikologis di lingkup sekolah dan pendidikan, Sarason dikenal sebagai pemikir pendidikan dan tokoh reformasi pendidikan di Amerika Serikat (lihat Sarason, 2002; 2004). Setelah mendirikan klinik psikologi di Universitas Yale pada tahun 1961 dan menjadi direktur klinik hingga tahun 1970, Sarason kemudian menjadi bagian dari *Institution for Social and Policy Studies* (ISPS) di universitas yang sama hingga ia pensiun. Keterlibatan Sarason di ISPS menunjukkan keyakinannya mengenai aspek sistem dan kebijakan publik sebagai faktor di dalam konteks, latar, atau lingkungan yang mempengaruhi kesejahteraan individu dan kolektif.

James Kelly, salah seorang peletak dasar psikologi komunitas, memperkuat pandangan-pandangan fundamental Sarason mengenai signifikansi konteks, latar, atau lingkungan. Menggunakan perspektif teoritik yang disebut perspektif Ekologis, Kelly (1966) mengemukakan bahwa masalah-masalah kesehatan jiwa penting perlu diatasi dengan menggunakan pendekatan pelayanan kesehatan jiwa komunitas. Artinya, yang menjadi klien pelayanan kesehatan

jiwa adalah komunitas dan bukan semata-mata individu. Dengan demikian, pelayanan kesehatan jiwa adalah upaya menguatkan sumberdaya komunitas. Dan, setiap upaya perencanaan perubahan yang hendak diwujudkan oleh pelayanan kesehatan jiwa komunitas adalah bukan hanya perubahan pada tingkat individual klien, tetapi juga perubahan pada penyedia layanan dan komunitas.

Memandang kesejahteraan dan kesehatan jiwa sebagai kondisi yang terkait erat dengan konteks, latar, atau lingkungan mengarahkan psikologi komunitas fokus pada faktor-faktor level komunitas dan masyarakat (*societal)* yang menjadi determinan kesejahteraan dan kesehatan jiwa. Hal tersebut memperkaya perspektif untuk melihat kesejahteraan dan kesehatan jiwa bukan hanya sebagai *output* tetapi juga sebagai proses. Oleh karena itu, kesejahteraan juga berarti kesejahteraan relasional (*relational wellbeing*) di mana kehidupan bersama di komunitas atau masyarakat menjadi sumber atau menciptakan kesejahteraan karena adanya relasi dan interaksi (Wissing, 2014). Adanya relasi dan interaksi yang positif dapat menciptakan hubungan yang membangun, dukungan sosial, dan keterhubungan alamiah (*genuine connection*) antar individu di dalam satu konteks, latar, atau lingkungan.

Determinan Sosial Kesehatan Jiwa

WHO (2014) menyatakan bahwa kesehatan jiwa dan gangguan kesehatan jiwa dipengaruhi oleh determinan sosial, yaitu kondisi sosial, budaya, dan ekonomi di mana individu berada. Hal ini berarti konteks di mana individu lahir, tumbuh, bekerja, dan menua harus dipertimbangkan sebagai situasi yang berhubungan dengan kondisi atau status kesehatan jiwa. Dengan demikian situasi-situasi seperti kemiskinan, ketimpangan sosial dan ekonomi, pengangguran, dan fragmentasi sosial harus diperhatikan secara serius sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa.

Ungkapan satir yang pernah cukup populer di Indonesia – sebelum adanya BPJS Kesehatan –bahwa “orang miskin dilarang sakit” sesungguhnya menunjukkan secara terang benderang status atau kelas sosial berpengaruh terhadap kesehatan termasuk kesehatan jiwa. Bahkan, status atau kelas sosial

turut membentuk perilaku kesehatan, yaitu tindakan-tindakan yang dilakukan individu untuk menjaga kesehatannya termasuk mencegah timbulnya masalah-masalah kesehatan pada dirinya (Cockerham, 2014). Dengan memasukkan determinan sosial sebagai faktor dari kesehatan jiwa maka kondisi atau status kesehatan jiwa individu bukan semata-mata dipengaruhi oleh disposisi, kemampuan, dan *coping* individu dalam menanggapi *stressor* dalam kehidupan atau kesehariannya.

Orford (2008) seorang tokoh psikologi komunitas dari Inggris memperkuat pandangan pentingnya memahami konteks, latar, atau lingkungan terhadap perilaku sehat sebagai tindakan dan kesehatan jiwa sebagai luaran dari tindakan. latar dan sistem sosial bukan hanya sistem mikro (lihat kerangka ekologis menurut Bronfenbrenner, 1979) di mana individu berinteraksi di dalam keluarga, tempat bekerja, atau aktivitas kelompok keagamaan/spiritualnya (pengajian, kebaktian, dan sebagainya), tetapi juga sistem yang lebih luas: sistem meso, sistem *exo*, hingga sistem makro yang berada di level masyarakat dan mencakup sistem budaya dan politik masyarakat.

Senada dengan Sarason, Orford menyatakan bahwa orang dan masalah kesejahteraan (termasuk masalah kesehatan jiwa) hanya dapat dipahami dengan mempertimbangkan latar dan sistem sosial di mana orang menjadi bagian di dalamnya dan berinteraksi secara terus menerus sepanjang masa hidupnya. Konteks, latar, atau lingkungan di mana individu berada bahkan dapat menjadi faktor penentu dan lebih menentukan daripada rasionalitasnya. Perilaku sehat yang diyakini individu mungkin saja tidak dilaksanakan karena kondisi lingkungan yang tidak memungkinkan atau tidak memadai.

Perilaku sehat termasuk perilaku sehat jiwa tidak semata-mata dipengaruhi oleh keputusan bersifat klinis, tetapi keputusan terkait konteks sosial-budaya. Sebagai contoh, studi yang dilakukan oleh Cabassa dkk. (2014) menunjukkan kunjungan ke klinik untuk menjalani pengobatan pada orang dengan gangguan jiwa serius dipengaruhi oleh faktor level sosial-budaya, perilaku yang dipelajari, dan interaksi dengan penyedia layanan kesehatan jiwa. Studi Cabassa dkk. tersebut menemukan bahwa keengganan orang dengan gangguan jiwa serius untuk datang ke klinik untuk menjalani pengobatan dipengaruhi

oleh ketidakpercayaan *(mistrust)*, stigmatisasi, dan norma sosial. Kawachi dan Berkman (2003) menunjukkan kohesi sosial di pemukiman atau lingkungan tempat tinggal mendorong warganya untuk rajin melakukan aktivitas olahraga di area di dalam pemukiman lingkungan tempat tinggal. Hal ini kemudian membuat status kesejahteraan warganya juga meningkat seiring dengan meningkatnya kohesi sosial dan aktivitas olahraga luar ruangan yang dilakukan. Kondisi ini berdampak pada rendahnya kejadian penyakit kardiovaskular dan tingkat kematian akibat penyakit kardiovaskular warga di pemukiman tersebut.

Studi yang dilakukan Nelson, Lord, dan Ochocka (2001) memberikan bukti determinan sosial lain berupa proses pemberdayaan yang dilakukan secara multilevel (di sistem mikro, meso, dan makro) yang berpengaruh terhadap kesejahteraan dan kesehatan jiwa. Upaya-upaya intervensi sosial yang memberikan pilihan, kontrol atas pilihan, dan integrasi dengan komunitas bagi mereka yang memiliki masalah kesehatan jiwa meningkatkan secara positif kesejahteraan (*wellbeing*).

Penutup: Tiada Kesehatan Jiwa Tanpa Komunitas

Pandangan dan konstruksi teoritik mengenai kesejahteraan (*wellbeing*) dan kesehatan jiwa dari lensa kritis yang ditawarkan oleh psikologi komunitas memperlihatkan dengan jelas bahwa kesehatan jiwa tidak dapat dipisahkan dari konteks, latar, atau lingkungan. Sejumlah temuan studi mengonfirmasi hal tersebut. Komunitas adalah konteks, latar, atau lingkungan itu sendiri. Selanjutnya, komunitas dibentuk dan beroperasi dengan adanya faktor-faktor sosial-budaya. Sebagai latar kehidupan bersama, komunitas beroperasi mengikuti pola yang diciptakan bukan hanya oleh faktor-faktor sosial budaya, tetapi juga sistem sosial politik dan kebijakan publik yang mengatur kehidupan dan kesejahteraan masyarakat.

Kesehatan jiwa bukan semata tentang status kesejahteraan (*state of wellbeing*) individual. Kesehatan jiwa juga adalah tentang kesejahteraan kolektif dan relasional. Kesehatan jiwa dicapai dalam kehidupan bersama. Kesehatan jiwa dicapai dalam proses interaksi dengan anggota-anggota lain di dalam

komunitas. Kesehatan jiwa dibentuk oleh kebijakan publik yang bukan hanya memberikan kemudahan mengakses layanan kesehatan jiwa atau menjamin ketersediaan pengobatan, perawatan, dan pelaksana perawatan. Lebih dari itu, kesehatan jiwa dibentuk dan difasilitasi oleh kebijakan publik yang mendorong komunitas berfungsi sebagai kehidupan bersama yang produktif sekaligus suportif. Kesehatan jiwa ada di dalam kehidupan bersama yang sehat. Alhasil, tiada kesehatan jiwa tanpa komunitas.

Daftar Acuan

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cabassa, L.J., Siantz, E., Nicasio, A., Guarnaccia, P., & Lewis-Fernandez, R. (2014). Contextual factors in the health of people with serious mental illness. *Qual Health Res*, *24*(8), 1126-1137

Chowdhury, M. A., Hosain, M., Kashem, M. A., Shahid, M. A., & Alam, A. (2020). Immune response in COVID-19: A review. *Journal of Infection and Public Health*, *13*(11), 1619-1629

Cockerham, W.C. (2014). Health behavior. Dalam W. C. Cockerham, R. Dingwall, & S. R. Quah (eds). *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (pp. 764-766). New York: John Wiley & Sons

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*(1), 34–43

Herbert, T. B. (1994). Stress and the immune system. *World Health*, *47*(2), 4-5

Kawachi I, & Berkman L. (2003). *Neighborhoods and Health*. New York: Oxford University Press.

Kelly, J. G. (1966). Ecological constraints on mental health services. *American Psychologist, 21*(6), 535–539

Moore, R. C., Lee, A., Hancock, J. T., Halley, M., & Linos, E. (2020). Experience with Social Distancing Early in the COVID-19 Pandemic in the United States: Implications for Public Health Messaging. *medRxiv*.

Moreno, C., Galderesi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., . . . Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry, 7*, 813-824.

Nelson, G., Lord, J. & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 125-142.

Orford, J. (2008). *Community psychology: Challenges, controversies and emerging*

consensus. Chichester, England: John Wiley & Sons

Prilleltensky, I., Nelson., G., & Peirson, L. (2001). The role of power and control in children's lives: an ecological analysis of pathways toward wellness, resilience and problems. *Journal of Community & Applied Psychology, 11*(2), 143–158

Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass

Sarason, S. (2002). *Education reform: A self-scrutinizing memoir*. New York: Teachers College Press.

Sarason, S. (2004). *And what do you mean by learning?*. Portsmouth, NH: Heinemann.

Wissing, M. P. (2014). Meaning and relational well-being: A reflection on the state of the art and a way forward. *Journal of Psychology in Africa*, *24*(1), 115-121

WHO (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: WHO

Dicky Pelupessy. *The Covid-19 pandemic has prompted the importance of mental health and systemic investment in mental health care because it heightens the risk of mental health problems. It evokes anxiety that incites, from emotional disturbances to relational issues such as stigma and xenophobia. It indispensably affects well-being, which is in the compendium of theories in psychology pertaining to happiness and life satisfaction. This paper aims to bring forward a more critical point of view and understanding of wellbeing. This paper uses the community psychology perspective that views wellbeing as a transaction between individuals and their environments. This paper addresses that wellbeing is not merely about positive emotions or a sense of meaning that people experience as they feel satisfied with their lives. Instead, it is about the possibilities to experience power and control provided by context, setting, or environment where people live. Therefore, community and ecological perspectives are crucial to the definition of wellbeing and mental health as its equivalent. This paper concludes the necessity to switch the understanding of mental health from individual to community interpretation.*

Bab 6. Literasi Kesehatan Mental untuk Generasi Penerus Bangsa

Hilary Zefanya Sumayku

"Apa kabar?", "Sehat?". Pertanyaan-pertanyaan tersebut sering kita dengar dikemukakan oleh orang-orang pada umumnya. Walaupun terkesan sekedar basa-basi namun pertanyaan tersebut dapat menjadi pemicu untuk memeriksa keadaan diri sendiri baik disadari atau tidak. Masyarakat memiliki berbagai respon ketika orang lain mengemukakan bahwa dirinya sedang dalam keadaan yang kurang baik. Umumnya respon yang akan diberikan ketika orang lain menceritakan masalah terkait keadaan fisik yang dimiliki adalah dengan memberikan saran penanganan seperti obat-obatan yang dapat digunakan, memberi saran tenaga profesional sebagai rekomendasi untuk memeriksakan diri lebih lanjut, atau pun menceritakan pengalaman hal serupa dengan harapan orang lain dapat memiliki gambaran bagaimana menangani keadaan tersebut. Tetapi apakah respon-respon tersebut akan muncul ketika orang lain mengutarakan masalah kondisi mental yang sedang dihadapinya?

Data dalam *website* deconstructingstigma.org memaparkan bahwa sekitar 75% orang dengan penyakit mental melaporkan bahwa mereka pernah mengalami stigma negatif dari publik. Selain itu, menurut sebuah penelitian yang diterbitkan dalam *Journal of Health and Social Behavior,* sebanyak 38% orang tidak ingin bertetangga dengan seseorang yang hidup dengan penyakit mental; 56% orang tidak ingin menghabiskan malam bersosialisasi dengan seseorang yang menderita penyakit mental; 33% orang tidak ingin berteman dengan seseorang yang menderita penyakit mental; 58% orang tidak ingin bekerja sama dengan seseorang yang menderita penyakit mental; dan 68% orang tidak ingin seseorang dengan gangguan jiwa menikah dengan anggota keluarganya.Bagaimana dengan respon yang kita berikan terhadap diri kita sendiri ketika kita menyadari bahwa kita sedang mengalami kondisi mental yang kurang baik?

Dalam sesi TED Talk yang dibawakan oleh Psikolog Guy Winch *"How to Practice Emotional First Aid"*, beliau memaparkan bahwa kita cenderung lebih

memprioritaskan keadaan kesehatan fisik kita daripada kesehatan psikologis kita. Guy Winch memberikan salah satu contoh yaitu ketika kita mendapat luka goresan pada kulit kita, kita diajari bahwa kita harus segera membersihkan luka tersebut dan mengobatinya agar sembuh serta menghindari hal-hal yang akan berpotensi menusuk atau memotong lukanya lebih dalam. Tetapi ketika kita menghadapi luka emosional, contohnya ketika kita harus menghadapi kegagalan, banyak dari kita mengasihani diri sendiri atau menyalahkan diri sendiri berulang kali karena gagal, membuat diri kita merasa lebih buruk. Kita tidak tahu bahwa ketika kita membiarkan luka emosional tidak diobati, kita menurunkan harga diri kita. Ketika ini terjadi, kita cenderung mengalami masalah yang sama berulang kali. Ini dapat meningkat menjadi kondisi pikiran yang lebih buruk misalnya depresi yang akan memicu munculnya pikiran-pikiran untuk melakukan tindakan yang merugikan diri sendiri atau lebih buruk lagi pikiran-pikiran yang mengarah pada tindakan bunuh diri.

Kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kesehatan mental masih sangat rendah dibandingkan dengan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan fisik walaupun sebenarnya kedua hal tersebut saling berkaitan satu sama lain. Akibatnya, banyak orang kurang mampu untuk menangani kondisi mentalnya dengan baik sehingga menderita gangguan kesehatan mental. Beberapa data gabungan dari *National Institute of Mental Health, the World Health Organization, the Centers for Disease Control and Prevention, the Journal of Health and Social Behavior, and the National Alliance on Mental Illness* yang dipaparkan oleh deconstructingstigma.org menyebutkan bahwa 43,8 juta orang dewasa menderita penyakit mental di beberapa tahun terakhir.Di Indonesia sendiri, survei yang dilakukan oleh *Global Health Data Exchange* pada tahun 2017 menunjukkan bahwa 27,3 juta orang di Indonesia mengalami gangguan terkait kesehatan mental (BBC *News* Indonesia, 2019). Dari data tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa setidaknya ada satu dari sepuluh orang di negara Indonesia menderita gangguan kesehatan mental sehingga di tahun yang sama Indonesia menjadi negara dengan jumlah penderitagangguan kesehatan mental tertinggi di wilayah Asia Tenggara (Deliandra, 2019).

Masih berasal dari sumber data yang sama, didapati bahwa 355 juta

orang menderita depresi yang membuat depresi sebagai salah satu gangguan yang paling banyak ditemukan di dunia.WHO memaparkan bahwa depresi adalah gangguan mental yang umum dan salah satu penyebab utama kecacatan di seluruh dunia. Umumnya depresi ditandai dengan kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan tidur atau nafsu makan, kelelahan, dan konsentrasi yang buruk. Orang dengan depresi mungkin juga memiliki banyak keluhan fisik tanpa penyebab fisik yang jelas. Depresi dapat berlangsung lama atau berulang, sangat mengganggu kemampuan orang untuk berfungsi di tempat kerja atau sekolah dan menghadapi kehidupan sehari-hari. Depresi yang paling parah dapat menyebabkan bunuh diri.

Pada tahun 2012, Indonesia menempati peringkat kedelapan sebagai negara yang memiliki rasio bunuh diri sebesar 4,3 orang per 100.000 penduduk. Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat setidaknya ada 812 kasus bunuh diri di seluruh wilayah Indonesia pada tahun 2015 (Juniman, 2018). Selain itu, pada tahun 2016 WHO memaparkan data kematian prematur yang diakibatkan oleh tindakan bunuh diri di Indonesia yang menunjukkan angka 3:100 ribu penduduk yang berarti sekitar 8.000 dari 260 juta jiwa penduduk Indonesia meninggal akibat melakukan tindakan bunuh diri (Gerintya, 2017).

Berdasarkan data tentang kesehatan mental di dunia, terutama di Indonesia, maka perlu dilakukan tindakan-tindakan yang bisa mencegah hal tersebut menjadi lebih parah. Peningkatan kesadaran akan literasi kesehatan mental perlu digalakkan.

Literasi kesehatan mental menurut Jorm (1997, dalam O'Connor & Casey, 2015) didefinisikan sebagai pengetahuan dan keyakinan mengenai gangguan mental yang membantu memberikan pengenalan, pengaturan dan pencegahan terkait gangguan mental. Literasi kesehatan mental didalamnya mencakup hal-hal sebagai berikut:

1. Kemampuan untuk mengenali gangguan kesehatan mental tertentu. Dengan kemampuan tersebut, individu mampu menmahami definisi serta istilah yang digunakan dalam mendiagnosa suatu gangguan kesehatan mental beserta simptom yang dimiliki oleh penderita.
2. Pengetahuan bagaimana dan dimana pencarian informasi kesehatan mental

dapat ditemukan. Hal ini sangat diperlukan dalam kehidupan sehari hari supaya individu dapat mengetahui sumber informasi terkait kesehatan mental yang tepat.

3. Pengetahuan tentang faktor resiko beserta penyebab gangguan mental. Pengetahuan tersebut memungkinkan individu mampu mengenali hal-hal serta risiko yang ada pada dirinya yang bisa menyebabkan munculnya suatu gangguan mental.
4. Pengetahuan *self-treatment,* agar individu dapat menyadari apabila dirinya sudah menunjukkan gejala gangguan mental serta memiliki pemahaman yang baik terkait bagaimana menangani hal tersebut dengan tepat.
5. Pengetahuan terkait bantuan profesional yang tersedia, agar individu paham dengan batasan tugas dan tanggung jawab yang dimiliki oleh sumber bantuan, terkhusus sumber formal.
6. Sikap mempromosikan pengenalan atau mendukung perilaku mencari bantuan yang tepat. Hal ini akan memberikan dampak bagi individu sehingga mampu membangun relasi yang baik dengan penderita dan memiliki keinginan untuk menolong penderita gangguan mental tanpa memberikan stigma serta persepsi yang buruk bagi para penderita.

Berdasarkan data kompilasi dari *National Institute of Mental Health, World Health Organization* (WHO), *the Centers for Disease Control and Prevention, the Journal of Health and Social Behavior,* dan *the National Alliance on Mental Illness* yang memaparkan bahwa 50% kasus gangguan mental mulai timbul dari usia 14 tahun dan 75% dari usia 24 tahun, dapat disimpulkan bahwa usia remaja hingga dewasa awal sangat rentan menderita gangguan mental dan menurut Kementerian Kesehatan, rentang usia tersebut masih termasuk dalam usia produktif (15-64 tahun) yang berarti individu dinilai sudah tergolong mampu untuk menghasilkan barang atau jasa untuk kepentingan diri sendiri serta orang lain. Apabila angka penderita gangguan mental terus bertambah dan tidak ditangani, maka dampak tersebut akan terasa pada skala nasional sehingga negara juga akan kesulitan mencari individu-individu yang mampu menangani kondisi mentalnya dengan baik untuk dapat memberikan kontribusi secara maksimal. Oleh karena itu perlu diadakan pemberian edukasi terkait literasi kesehatan

mental di usia tersebut supaya gangguan mental dapat ditangani dengan tepat dan tidak semakin parah pada tahapan usia perkembangan berikutnya.

Jorm dan Wright (2007) menyimpulkan bahwa literasi kesehatan mental yang baik pada remaja dan kepada penolong atau pendamping utama penderita (orang terdekat seperti keluarga, lingkungan sekolah, teman sebaya) dapat memberikan hasil yang lebih baik bagi mereka yang memiliki gangguan mental. Literasi ini bisa berupa memfasilitasi pencarian bantuan awal oleh remaja itu sendiri, atau membantu orang dewasa untuk mengidentifikasi tanda-tanda awal gangguan mental dan bagaimana mencari bantuan yang tepat. Intervensi untuk meningkatkan literasi kesehatan mental dapat dilakukan dengan sosialisasi atau mengkampanyekan kesehatan mental kepada berbagai komunitas serta kalangan masyarakat; kampanye komunitas yang ditujukan untuk audiens muda; intervensi berbasis sekolah; atau melakukan program pelatihan individu.

Mengingat bahwa sekolah merupakan tempat yang mendukung adanya pemberian edukasi yang intens dan terarah, maka sekolah menjadi salah satu tempat yang ideal untuk diadakan pemberian edukasi terkait kesehatan mental. Kanada merupakan salah satu negara yang telah membuat kurikulum untuk digunakan dalam metode pembelajaran sekolah sebagai salah satu upaya untuk mempromosikan kesehatan mental serta untuk mencegah adanya peningkatan penderita gangguan mental. *Mental Health and High School Curriculum Guide* (*The Guide*) (Kutcher&Wei,2017).adalah kurikulum yang digunakan oleh tenaga pengajar di sekolah di Kanada dan merupakan satu-satunya sumber daya kurikulum kesehatan mental yang telah terbukti dapat meningkatkan literasi kesehatan mental guru dan siswa. *The Guide* dimaksudkan untuk digunakan oleh guru kelas yang telah dilatih dalam penerapannya untuk meningkatkan literasi kesehatan mental siswa kelas sembilan dan sepuluh (usia 13 hingga 15).

Langkah-langkah penerapan *The Guide* adalah:

1. **Pra / Pasca Kuis**

Tujuan dari komponen ini adalah untuk membantu memfasilitasi belajar mandiri bagi guru sebelum menerapkan *The Guide* di kelas. Pra-Kuis akan membantu mengidentifikasi area basis pengetahuan mana yang membutuhkan peningkatan.

2. **Pembaharuan Pengetahuan Guru**

Tujuan komponen ini adalah untuk memberikan informasi dasar tentang kesehatan mental dan gangguan mental yang akan membantu guru menerapkan sumber *The Guide* di kelas dengan lebih baik.

3. **Evaluasi Langkah Siswa**

Tujuan dari komponen ini adalah untuk memberi guru kelas tes siap pakai yang dapat digunakan sebagai bagian dari atau semua evaluasi mereka terhadap pembelajaran siswanya setelah *The Guide* atau Panduan (semua modul) yang telah diajarkan. Tes ini mencakup pertanyaan tentang pengetahuan dan sikap yang memungkinkan evaluasi guru terhadap kedua dimensi penting dari literasi kesehatan mental ini. Tes tersebut dapat diterapkan sebelum pengajaran *The Guide* atau Panduan di kelas dan kemudian diulangi setelah akhir Modul Enam. Prosedur evaluasi ini akan memungkinkan penentuan yang kuat bagaimana hasil belajar siswa dengan membandingkan skor untuk setiap siswa di aplikasi pra-dan-pasca. Sebagai alternatif, guru dapat memilih untuk menerapkan evaluasi siswa hanya setelah menyelesaikan enam modul dan tidak membandingkan nilai sebelum dan sesudah.

4. **Modul**

Tujuan dari komponen ini adalah menyediakan guru rencana pelajaran, kegiatan dan sumber daya yang mudah diakses untuk membantu mereka dalam menerapkan *The Guide* atau Panduan. Enam modul dirancang untuk diajarkan secara berurutan. Semua modul memiliki dua bagian: Bahan Inti dan Bahan Pelengkap. Materi Inti dirancang untuk semua siswa dan harus diajarkan di kelas untuk mencapai hasil yang sudah ditetapkan berdasarkan hasil identifikasi pada tahap penelitian dan evaluasi sumber daya. Materi Tambahan dirancang untuk siswa yang ingin meluangkan waktu dan usaha tambahan untuk mempelajari lebih lanjut tentang topik modul. Guru didorong untuk menggunakan kebijaksanaan mereka dalam pengenalan Materi Tambahan di kelas mereka. Guru harus membiasakan diri dengan kedua Materi Inti dan Materi Tambahan serta memutuskan apadan bagaimana mereka akan memperkenalkan Materi Tambahan di kelas mereka setelah Materi Inti diajarkan.

The Guide tersedia tanpa beaya, mudah diakses melalui web, dan *"teacher-friendly"*. Para guru dapat dengan mudah mengunduh berbagai modul dan materi pendukung dan langsung menerapkannya di kelas setelah mereka menerima pelatihan tentang penggunaannya. Kesempatan pelatihan yang diberikan satu kali dalam bentuk yang cukup sederhana, sesuai dengan kegiatan pengembangan profesional yang ada, cukup untuk memberi para pengajar informasi yang dibutuhkan untuk diaplikasikan dalam pembelajaran kelas.

Studi yang dilakukan oleh Kutcher dkk. (2015) melaporkan bahwa terdapatpeningkatan signifikan dan substansial yang diwujudkan dalam literasi kesehatan mental siswa dengan penerapan *The Guide* oleh guru sekolah biasa ke ruang kelas biasa. *The Guide* mencakup promosi kesehatan mental, pengetahuan tentang gangguan mental dan pilihan perawatan terkait, pengurangan stigma, dan peningkatan kemanjuran pencarian bantuan. Dengan kata lain *The Guide* menggabungkan beberapa aspek yang berkaitan dengan kesehatan mental dan gangguan mental yang sering dibahas secara terpisah. Pendekatan yang dilakukan melalui metode pembelajaran *The Guide* dapat diterapkan secara global karena fleksibilitas penggunaannya dalam sistem pendidikan dan kemudahan integrasi ke dalam kegiatan pengajaran reguler.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Berdasarkan temuan-temuan tersebut, maka sebaiknya Indonesia juga mengambil langkah yang sama yaitu dengan segera mengadakan pembelajaran terarah atau kurikulum yang dikhususkan untuk membahas literasi kesehatan mental di usia remaja atau tahapan pembelajaran SMP atau SMA. Penerapan program ini diharapkan memungkinkan generasi muda memiliki pemahaman yang tepat terkait pentingnya menjaga kesehatan mental, penanganannya serta bagaimana menjadi sumber pemberi pertolongan bagi orang yang membutuhkan.

Dengan adanya literasi kesehatan mental di kalangan masyarakat diharapkan, kita dapat menurunkan insiden dan prevalensi gangguan mental serta meningkatkan kesehatan mental masyarakat. Melalui program ini diharapkan dapat terwujud keseimbangan pembelajaran kesehatan fisik dan

kesehatan mental. Dengan demikian generasi muda diharapkan dapat berperan aktif menyediakan lingkungan yang lebih baik karena mampu bersikap positif terhadap diri sendiri dan orang-orang yang mengalami gangguan mental.

Daftar Acuan

Ashley, O. S., & Foshee, V. A. (2005). Adolescent help-seeking for dating violence: Prevalence, sociodemographic correlates, and sources of help. *Journal of Adolescent Health,* 36(1), 25-31.

Baker, G. (2007). *Adolescents, social support and help-seeking behaviour. An International literature review and proggame consulation with recommendations* for action. Instituto PROMUNDO, Brazil.

BBC News. (2019). *Hari Kesehatan Jiwa Sedunia: 'Saya merasa benar-benar sendiri hingga sempat ingin bunuh diri*. BBC Indonesia. Diakses darihttps://www.bbc.com/indonesia/indonesia-49987127 pada 29 Maret 2020.

CNN Indonesia. (2019). *WHO: Tiap detik ada satu orang tewas bunuh diri di dunia*. Diakses dari https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20190910023019-255-428942/who-tiap-detik-ada-satu-orang-tewas-bunuh-diri-di-dunia pada 29 Maret 2020

Conner, M., & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M.Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 1–22).Buckingham, England:Open University Press.

Deconstructing Stigma Organization. (2020). *Facts. Deconstructing stigma organization*. Diakses dari https://deconstructingstigma.org/facts pada 9 September 2020.

Deliandra, M. (2019). Indonesia darurat kesehatan kental?. *Kompasiana.* Diakses dari https://www.kompasiana.com/andrag18/5e062233097f36037b1edf62/indonesia-darurat-kesehatan-mental pada 29 Maret 2020.

Gerintya, S. (2017). Statistik bunuh diri dan darurat kesehatan mental. *Tirto*. Diakses dari https://tirto.id/statistik-bunuh-diri-dan-darurat-kesehatan-mental-ck1u pada 29 Maret 2020.

Jorm, A.F.(2000).Mental health literacy : Public knowledge and beliefs about mental disorders.*The British Journal of Psychiatry*,177:396-401.

Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Australian*

& New Zealand Journal of Psychiatry, *41*(8), 656–666. https://doi.org/10.1080/00048670701449179

Juniman, P .(2018). *15,8 Persen keluarga hidup dengan penderita gangguan mental.* Diakses dari https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20180830182931-255-326289/158-persen-keluarga-hidup-dengan-penderita-gangguan-mental pada 29 Maret 2020.

Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, *187*(S7), S26-S30.

Kutcher, S.,& Wei, Y. (2017).Mental health and High School Curriculum Guide (Guide v.3). *Teen Mental Health Organization.* Diakses pada 15 September 2020 dari https://teenmentalhealth.org/wp-content/uploads/2018/01/FINAL-Guide-Dec-2017-Online-Cover-and-Interior.pdf.

Kutcher, S., Wei, Y., & Hashish, M. (2016). Mental health literacy for students and teachers: A “school friendly” approach. In *Positive mental health, fighting stigma and promoting resiliency for children and adolescents* (pp. 161-172). Academic Press.

Kutcher, S., Wei, Y., & Morgan, C. (2015). Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *60*(12), 580–586. https://doi.org/10.1177/070674371506001209.

Mental Health Foundation. (2016). *Fundamental facts about mental health 2016*. Mental Health Foundation: London.

O'Connor, Matt & Casey, Leanne. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. Psychiatry research. 229. 10.1016/j.psychres.2015.05.064.

World Health Report. (2001). *Mental disorders affect one in four people*. World Health Organization. Diakses dari https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/pada 29 Maret 2020.

Winch, G. (2014). Why we all need to practice emotional first aid. *Ted Talk.*

Diakses dari pada 9 September 2020 https://www.ted.com/talks/guy_winch_why_we_all_need_to_practice_emotional_first_aid._

World Health Organization. (2019). *Mental Health Disorders-Facts Sheets*. World Health Organization.Diakses pada 15 September 2020 dari https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

----

***Hilary Zefanya Sumayku**, Mental health awareness is one of the top issue that need to be acknowledge these days. There are many people that are less able to handle their mental conditions properly which then lead them to suffer mental health problems. Forty three point eight million adults suffered from mental illness in recent years. Fifty percent of cases of mental health disease begin to arise from the age of 14 years and seventy five percent from the age of 24 years. In order to prevent this from becoming worse, it is necessary to promote awareness of mental health literacy. Given that schools are a place that support the provision of intense and directed education, it is an ideal place to provide education related to mental health literacy. Mental Health and High School Curriculum Guide (The Guide) is the curriculum used by teaching staff in schools in Canada and is the only mental health curriculum resource that has been shown to improve mental health literacy for teachers and students. This curriculum should be considered to apply in Indonesian education system to promote and prevent mental health literacy.*

Bab 7. Komunitas Psikologi Berbagi Semarang sebagai Layanan Kesehatan Mental Berbasis Komunitas

Kholifah Umi Sholihah, Intan Ayu Lestari, Tazkiya Nabila & Yohana Christina

Pendahuluan

Menurut WHO, kesehatan mental adalah sebuah kondisi yang menunjukkan bahwa individu menyadari tentang kesejahteraan diri secara optimal, selain itu terdapat kemampuan pengelolaan terhadap stres dalam kehidupan, mampu bekerja secara produktif dan efisien, serta berperan dalam masyarakat (Fowler dan Lebel, 2013). Sedangkan menurut UU RI No.18 tahun 2014, kesehatan jiwa merupakan kondisi individu yang menunjukkan ia dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu menyadari akan kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan-teknanan yang ada, mampu bekerja secara produktif, serta mampu memberikan kontribusi pada komunitasnya.

Seseorang dengan kesehatan mental yang baik mampu untuk menahan tekanan-tekanan yang terjadi dalam dirinya sendiri maupun dari lingkungan. Menurut Kartono (dalam Dewi, 2012), individu yang dikatakan sehat secara mental adalah individu yang menampilkan perilaku adekuat dan bisa diterima oleh masyarakat, sikap hidupnya sesuai dengan norma yang berlaku dan pola kelompok masyarakat, sehingga memiliki hubungan interpersonal dan intersosial yang memuaskan. Sedangkan, menurut Karl Menninger (dalam Dewi, 2012), individu yang memiliki mental sehat yaitu memiliki kemampuan untuk menahan diri, memiliki kecerdasan, berperilaku dengan hati-hati agar tidak melukai perasaan orang lain, serta memiliki pandangan terhadap hidup yang bahagia.

Putri, Wibhawa dan Gutama (2015) dalam artikel ilmiahnya yang berjudul "Kesehatan Mental Masyarakat Indonesia" menjelaskan beberapa

faktor yang dapat memengaruhi kesehatan mental individu, yaitu somatogenik, psikogenik, dan sosiogenik. Faktor somatogenik berhubungan dengan fisik, seperti neuroanatomi, neurofisiologi, neurokimia, tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor-faktor pre dan perinatal. Sedangkan, faktor psikogenik meliputi disfungsi antara anggota keluarga, seperti tidak ada rasa percaya antara anggota keluarga, tidak ada peran ayah atau ibu, persaingan antar saudara kandung, inteligensi, pekerjaan dan hubungan dengan masyarakat. Kesulitan mengelola emosi dan pengalaman kehilangan orang yang berarti dalam hidup yang dapat menyebabkan kecemasan, depresi, perasaan bersalah, sulit beradaptasi, dan penyangkalan juga termasuk faktor psikogenik. Sementara itu faktor sosiogenik meliputi kestabilan hubungan dalam keluarga, pola asuh, mengekspresikan emosi dalam lingkungan keluarga, kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh ras, agama dan norma-norma dalam masyarakat.

Kita dapat melihat bahwa kondisi kemiskinan merupakan salah satu faktor sosiogenik yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan mental masyarakat Indonesia. Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS), tercatat angka kemiskinan di Indonesia per Maret 2020 mengalami kenaikan sebesar 26,42 juta orang, sedangkan pada bulan Maret tahun lalu sebesar 25,14 juta orang. Persentase penduduk miskin per Maret 2020 juga mengalami kenaikan sebesar 9,78%. Seluruh provinssi di Jawa juga mengalami kenaikan angka kemiskinan (Tirto, 2020). Badan Pusat Statistik Kota Semarang sendiri mencatat jumlah penduduk miskin di kota Semarang tahun 2018 sebesar 73,65 ribu jiwa (4,14%) (Jateng Daily, 2019). Kondisi kemiskinan ini memberikan tekanan besar bagi mereka yang mengalaminya dan akhirnya mempengaruhi kesehatan mentalnya. Namun, di sisi lain, faktor pendidikan yang rendah justru membuat sebagian besar masyarakart Indonesia memandang kesehatan mental sebagai hal yang tidak penting.

Selama ini terdapat beberapa pandangan yang keliru di masyarakat Indonesia terkait kesehatan mental, misalnya gangguan mental adalah herediter atau diturunkan, seseorang yang sudah mengalami gangguan mental tidak dapat disembuhkan, gangguan mental muncul tanpa sebab, seseorang yang

mengalami gangguan mental merupakan aib bagi lingkungannya, gangguan mental merupakan peristiwa tunggal, seks merupakan penyebab munculnya gangguan mental pada seseorang, dan sebagainya. Selain itu, ada pandangan bahwa kesehatan mental bisa ditangani dan dipahami cukup dengan satu disiplin ilmu saja, dan bahkan kesehatan mental dianggap ketenangan batin semata yang bermakna sebagai tidak adanya konflik dalam diri individu, tidak adanya masalah dalam hidup, hidup tanpa ambisi, dan cenderung pasrah pada keadaan (Dewi, 2012).

WHO *Media Centre* (dalam Albertha dkk, 2020) menyatakan terdapat dua beban terkait masalah kesehatan mental. Pertama, yaitu *undefined burden*. Hal ini merujuk pada beban sosial dan ekonomi keluarga, masyarakat, dan negara. Gangguan mental dapat memengaruhi fungsi dan proses berpikir individu, mengurangi peran sosial, dan produktivitas orang yang mengalaminya. Seseorang yang mengalami gangguan mental akan memberikan dampak pada anggota keluarga, seperti adanya beban emosional dan sosio-ekonomi. Kedua, yaitu *hidden burden.* Hal ini berhubungan pada stigma dan pelanggaran hak asasi serta kebebasan manusia. Stigma yang diberikan oleh masyarakat ini dapat mengakibatkan beban tersendiri bagi orang yang mengalaminya. Stigma ini didefinisikan sebagai perasaan malu dan aib yang menyebabkan seseorang dijauhi atau mendapat penolakan dari orang lain bahkan lingkungannya.

Sebenarnya, terdapat dua klasifikasi ketika seseorang sudah dikatakan memiliki ketidaksehatan mental atau mengalami gangguan, yaitu Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Orang dengan masalah kejiwaaan (ODMK) merupakan sesorang yang mengalami permasalahan fisik, mental, sosial, pertumbuhan, perkembangan, dan/atau kualitas hidupnya, serta memiliki risiko kecenderungan untuk mengalami gangguan jiwa. Sedangkan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) merupakan seseorang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasikan dalam bentuk gejala atau perubahan perilaku yang memiliki makna, serta dapat terjadi disfungsi dalam kegiatan sehari-hari dalam lingkungan (Ayuningtyas, Misnaniarti dan Rayhani, 2018). Oleh karena itu, kondisi kesehatan mental setiap individu tidak bisa disamaratakan dan bersifat

kontinum, sehingga sulit memberikan suatu batasan yang jelas saat melakukan evaluasi. Kondisi inilah yang menjadikan pembahasan mengenai kondisi sehat atau sakit setiap individu perlu kehati-hatian.

Namun, kesalah-kaprahan pandangan dan adanya anggapan tabu untuk membahas masalah kesehatan mental di antara masyarakat Indonesia justru menyumbang tingginya data gangguan mental di Indonesia yang semakin meningkat setiap tahunnya. Stigma yang diterima oleh orang dengan gangguan kesehatan mental masih sangat tinggi. Masalah kesehatan mental masih dianggap suatu hal yang aneh dan orang yang memiliki masalah kesehatan mental akan dikucilkan dari masyarakat. Masyarakat Indonesia juga lebih memilih pengobatan ke dukun untuk anggota keluarga yang memiliki gangguan mental daripada ke professional, karena kebanyakan masyarakat Indonesia beranggapan bahwa seseorang yang mengalami gangguan mental itu dikarenakan gangguan makhluk gaib. Sesungguhnya edukasi mengenai kesehatan mental dan penanganannya yang tepat sangat perlu diberikan kepada masyarakat Indonesia (Putri, Wibhawa dan Gutama, 2015). Hal tersebut sangat penting, terlebih lagi di masa pandemi seperti sekarang ini.

Permasalahan kesehatan mental masyarakat Indonesia semakin meningkat semenjak akhir tahun 2019 sampai dengan saat ini. Hal tersebut terjadi karena dunia sedang menghadapi pandemi Covid-19. Masa pandemi ini menimbulkan berbagai dampak dalam kehidupan seseorang. Mulai dari permasalahan ekonomi, sosial, agama dan psikologis. Dalam sisi psikologis, yang jelas terlihat adalah kecemasan yang tinggi pada masyarakat. Kecemasan yang muncul dikarenakan oleh derasnya informasi tentang penularan virus Covid-19 yang sangat cepat dan korbannya yang terus meningkat setiap hari (Fitria dkk, 2020). Maka dari itu, sangat diperlukan edukasi untuk masyarakat mengenai pentingnya merawat kesehatan mental di masa pandemi. Hal tersebut sangat penting karena saat ini masyarakat Indonesia sedang mengalami masa-masa sulit. Jika memiliki mental yang sehat, maka masyarakat Indonsia akan mampu menyesuaikan diri dengan kebiasaan baru di masa pandemi dan menjalani kehidupan dengan baik.

Sesungguhnya gangguan kesehatan mental tidak dapat diremehkan.

Data dari WHO menyebutkan pada 2020 lebih dari 800 ribu orang meninggal dunia setiap tahun diakibatkan oleh bunuh diri atau sekitar 1 orang setiap 40 detik melakukan bunuh diri. Selain itu, data dari WHO menunjukkan bahwa tingkat bunuh diri di negara-negara tetangga Indonesia seperti Singapura sejumlah 8,6% dengan 11,9% pada laki-laki dan 5,5% pada perempuan. Malaysia memiliki jumlah kasus bunuh diri sebesar 6,5% dengan 9,5% pada laki-laki dan 3,4% pada perempuan. Di Indonesia sendiri berdasarkan data dari Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan pravelensi ODGJ berat meningkat dari 0,15% menjadi 0,18% dari total populasi. Pravelensi gangguan mental emosional terjadi pada usia 15 tahun ke atas juga mengalami peningkatan 6,1% pada tahun 2013 menjadi 9,8% pada tahun 2018. Hal ini menunjukkan bahwa sekitar 12 juta penduduk Indonesia yang berusia 15 tahun keatas mengalami depresi (Universitas Gajah Mada, 2020).

Data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang menunjukkan sekitar 1,99% atau sebanyak 33,186 penduduk kota Semarang termasuk ke dalam kriteria ODGJ dari 1.667.131 total penduduk kota Semarang. Pada tahun 2018, penduduk Semarang yang mengalami gangguan jiwa sudah mencapai 2%. Dari jumlah sekitar 2.832 jiwa penduduk Semarang yang mengalami gangguan jiwa, 716 orang sudah mendapat perawatan di puskesmas-puskesmas dan sisanya masih belum mendapatkan penanganan. Gangguan jiwa terbanyak adalah Skizofrenia, selain itu terdata 276 orang mengalami ganggaun psikotik akut, 96 orang mengalami depresi, dan 23 orang mengalami gangguan bipolar (Tribun Jateng, 2018).

Dalam menangani masalah terkait kesehatan mental ini, WHO (dalam Kontan, 2019) membuat *Mental Health Gap Action Programme* untuk menjembatani keterbatasan jumlah ahli kesehatan mental dan layanan kesehatan mental untuk masyarakat di negara-negara berkembang, salah satunya adalah Indonesia. Menurut WHO, langkah-langkah penanganan masalah kesehatan mental di Indonesia sudah semakin berkembang. Hal ini dibuktikan dengan adanya Undang-undang tentang Kesehatan Jiwa pada tahun 2014. UU ini mencakup pengaturan penangungan layanan kesehatan termasuk masalah kejiwaan oleh BPJS dan tersedianya layanan praktik psikolog di berbagai

puskesmas. Upaya tersebut juga harus dibarengi oleh beberapa upaya lain yang mencakup aspek fisik, mental, dan spiritual agar masyarakat lebih mampu mencapai kesehatan jiwa.

Selain itu, juga ada program imunisasi jiwa yang dikembangkan oleh P2MKJKN yang bertujuan untuk membentuk SDM yang tangguh, unggul, kuat, dan kebal dalam menghadapi perkembangan jaman yang begitu pesat. Kementerian Kesehatan juga memberikan akses layanan aplikasi Sehat Jiwa, yaitu aplikasi berbasis android untuk memberikan informasi mengenai kesehatan jiwa, serta untuk melakukan deteksi dini, melaporkan, serta memberikan solusi untuk masyarakat yang mengalami gangguan dalam kesehatan jiwa. Semua akses fasilitas yang diberikan oleh pemerintah bertujuan untuk mengingatkan masyarakat betapa pentingnya kesehatan jiwa pada setiap diri individu. Sedangkan, Pemerintah Kota Semarang sudah melakukan berbagai kegiatan terkait masalah kesehatan mental, seperti Program Deteksi Dini Kesehatan Jiwa di puskesmas dan di lingkungan keluarga, serta melakukan sosialisasi kesehatan jiwa pada lintas sektor (Tribun Jateng, 2018).

Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) tentu saja juga memiliki program terkait kesehatan mental di Indonesia. Tidak hanya memayungi seluruh profesional bidang Psikologi di Indonesia, HIMPSI juga memberikan pelayanan kesehatan mental berbasis masyarakat dan tidak hanya berfokus pada proses *terapeutic* saja. HIMPSI juga memberikan upaya preventif serta promotif terkait kesehatan mental kepada semua lapisan masyarakat. Upaya tersebut dilakukan melalui Ikatan Psikolog Klinis Indonesia menggunakan pendekatan siklus kehidupan (*continum of care*) dan kelompok risiko (*population of risk*) yang terintegrasi pada semua tingkat layanan kesehatan dan kegiatan. Selain itu, peran Psikolog Klinis untuk menyiapkan SDM yang unggul dan sehat jiwa di Indonesia juga dilakukan dengan membantu pemerintah dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), serta menerapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan pada pelayanan kesehatan mental pada ODGJ dan ODMK (HIMPSI, 2020).

Namun, sayangnya seluruh akses faslitas tersebut, baik yang disediakan oleh pemerintah maupun organisasi profesi, belum banyak diketahui masyarakat

ataupun belum tersebar merata ke seluruh wilayah Indonesia (Kementerian Kesehatan, 2019). Banyak masyarakat Indonesia masih mengalami kesulitan untuk mengakases layanan kesehatan mental. Ada juga masyarakat Indonesia yang tergolong mampu untuk mengakses layanan kesehatan mental, tetapi tidak memiliki kemauan karena berpikir kesehatan mental bukanlah hal yang penting. Di sini terasa sekali perlunya upaya mengembangkan berbagai strategi untuk mengedukasi masyarakat Indonesia tentang pentingnya kesehatan mental sama seperti pentingnya kesehatan fisik (Kontan, 2019).

Layanan kesehatan mental menjadi salah satu sarana yang diperlukan untuk menjaga kesehatan mental masyarakat Indonesia. Akan tetapi, pada kenyataannya di Indonesia layanan untuk menjaga kesehatan mental masyarakat masih sedikit karena jumlah kasus tidak sebanding dengan layanan yang disediakan. Menurut perhitungan utilitas layanan kesehatan jiwa pada tingkatan primer, sekunder, dan tersier, kesenjangan pengobatan kesehatan mental diperkirakan lebih dari 90%. Hal tersebut menunjukkan kurang dari 10% individu dengan masalah kesehatan jiwa yang bisa mendapatkan layanan kesehatan mental. Pelayanan kesehatan jiwa pada beberapa daerah di Indonesia masih belum memadai dan cenderung primitif, seperti mengurung orang dengan gangguan mental di dalam kandang atau dipasung. Menurut pendiri Rumah Komunitas Penderita Skizofrenia Indonesia (KPSI), Bagus Utomo, cara pemulihan dan proses penanganan penderita Skizofrenia masih sangat buruk. Masih terdapat 18 ribu penderita Skizofrenia yang dipasung dengan rantai dan banyak tempat pengobatan jiwa yang tidak manusiawi (Putri, Wibhawa dan Gutama, 2015).

Berdasarkan penjabaran mengenai permasalahan kesehatan mental di Indonesia dan beberapa wilayah Indonesia termasuk Semarang, tampak masih banyak permasalahan yang perlu diselesaikan, seperti kurangnya edukasi mengenai betapa pentingnya kesehatan mental untuk masyarakat, kurangnya penanganan individu yang sudah terdiagnosa dengan gangguan mental, adanya kondisi pelayanan kesehatan mental yang tidak memadai, stigma yang masih selalu diberikan pada orang dengan masalah kesehatan mental, dan sebagainya.

Dari permasalahan tersebut, artikel ini bertujuan untuk memberikan

sumbangan informasi kepada pemegang kebijakan, organisasi profesi, maupun elemen masyarakat lainnya mengenai layanan kesehatan mental berbasis komunitas sebagai upaya preventif dan promotif terkait kesehatan mental, serta mengajak semua elemen masyarakat untuk ikut serta dalam membantu pemerintah menjaga kesehatan mental masyarakat.

Pentingnya Pendekatan Komunitas dalam Layanan Kesehatan Mental

Salah satu upaya penanganan kesehatan mental adalah dengan menggunakan pendekatan komunitas. Pendekatan tersebut menjadi salah satu alternatif karena upaya ini dinilai efektif dalam menjaga kesehatan mental masyarakat. Seperti yang kita ketahui bahwa dinamika psikologis individu bisa dipengaruhi oleh lingkungan sosial. Ketika upaya menjaga kesehatan mental dilakukan dengan pendekatan komunitas, maka masyarakat satu sama lain dalam sebuah komunitas akan saling menguatkan dan dapat lebih efektif menjaga kondisi kesehatan mental sebuah masyarakat. Adaya upaya penanganan dengan menggunakan pendekatan komunitas ini selaras dengan beberapa program yang telah dilaksanakan pemerintah, seperti adanya Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, Desa Siaga Sehat Jiwa, dan sebagainya.

Pendekatan Psikologi Komunitas hadir dengan tujuan utama mengembangkan nilai positif dibandingkan membahas nilai-nilai negatif dalam sebuah komunitas (Idham, Mubarok dan Pratiwi, 2016). Pendekatan ini sesuai untuk Indonesia dengan segala bentuk kepercayaan, budaya, dan nilai-nilainya yang dikenal sebagai negara kultural. Berada dalam kategori negara kultural membuat Indonesia memerlukan pendekatan yang berbeda dalam menyelesaiakan permasalahan yang ada. Adat serta kebiasaan masyarakat Indonesia yang seringkali suka berkelompok daripada hidup secara individual memberikan ruang tersendiri bagi perkembangan pendekatan Psikologi Komunitas ini.

Layanan kesehatan jiwa menggunakan pendekatan komunitas memiliki tujuan untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan mental masyarakat secara meluas (Idham, Mubarok dan Pratiwi, 2016). Selain itu dalam Mawarpury, Sari

dan Safrina (2017) menjelaskan bahwa ada beberapa manfaat dalam penggunaan pendekatan komunitas. Pertama, pendekatan komunitas yang dilakukan dapat membentuk dukungan sesama masyarakat dalam upaya penanganan permasalahan psikologis. Kedua, dapat meminimalisir stigma masyarakat terhadap permasalahan psikologis itu sendiri. Ketiga, dapat meminimalisir adanya diskriminasi terhadap orang yang mengalami permasalahan psikologis.

Pendekatan Psikologi Komunitas memiliki kontribusi yang besar dalam penyelasian masalah di tengah masyarakat karena menggunakan pendekatan *participatory action research* (Idham, Mubarok dan Pratiwi, 2016). Pendekatan *participatory action research* merupakan metode yang dilaksanakan secara partisipatif untuk membuat perubahan kehidupan masyarakat menjadi lebih baik (Rahmat dan Mirnawati, 2020). Ada beberapa langkah-langkah dalam melakukan pendekatan *participatory action research* dalam Rahmat dan Mirnawati (2020), di antaranya:

1. **Penyiapan sosial**

   Penyiapan sosial dilakukan dengan memahami kondisi serta tradisi masyarakat. Proses pemahaman ini dilakukan dengan cara berbaur dan berinteraksi langsung dengan masyarakat. Adanya upaya penyiapan sosial ini, diharapkan membuat masyarakat bersedia terlibat dan ikut andil dalam upaya menjadikan kehidupan yang semakin sehat secara psikologis.

2. ***Community research social problem diagnostic***

   Langkah ini dilakukan untuk menganalisis permasalahan yang terjadi pada masyarakat. Cara untuk menganalisis permasalahan masyarakat bisa dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya melakukan diskusi kelompok terarah bersama masyarakat.

3. ***Planning***

   Planning merupakan langkah yang dilakukan dalam rangka untuk merancang kegiatan yang akan dilakukan untuk masyarakat. Perencanaan ini dilakukan bersama masyarakat agar pelaksana kegiatan mengetahui harapan ke depan masyarakat dan untuk menentukan cara terbaik yang digunakan dalam

menyelesaikan setiap permasalahan yang dihadapi, khususnya dalam hal ini adalah permasalahan psikologis masyarakat.

4. ***Political action***

   Political action merupakan proses melakukan beberapa hal yang telah dirancang dalam upaya pemecahan masalah psikologis yang dialami oleh masyarakat. Pada langkah ini, masyarakat terlibat secara interaktif sehingga diharapkan setelah pelaksaan program edukasi, intervensi atau program lainnya selesai, masyarakat secara mandiri bisa resilien dalam menghadapi setiap permasalahan psikologis atau mental.

5. ***Reflection***

   Reflection merupakan bagian terakhir dalam langkah melakukan *participatory action research.* Pada tahap ini, pelaksana melakukan penilaian tingkat keberhasilan program yang telah dilakukan untuk membantu menyelesaikan permasalahan psikologis masyarakat. Selain itu, pada tahap ini pelaksana juga melihat kekurangan dan menganalisis hasil kegiatan.

Langkah-langkah pendekatan komunitas menggunakan *participatory action research* sejalan dengan prinsip utama dalam melakukan intervensi psikososial. Saat melakukan intervensi psikososial, terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan menurut Dewi (2012). Pertama, peka terhadap kebutuhan dan keadaan masyarakat dengan cara mempelajari kondisi masyarakat setempat agar nantinya program bisa bermanfaat dan tepat sasaran. Kedua, membangun dan memaksimalkan kapasitas sumber daya lokal dengan cara melakukan pemetaan, perencanaan program, persiapan materi yang akan digunakan serta perencanaan lainnya. Ketiga, melibatkan unsur penting dalam masyarakat dan menggunakan pendekatan berlapis dengan meminta bantuan perwakilan masyarakat agar mereka memperoleh pelatihan sesuai kapasitas masing-masing serta menyusun jaringan kerja dan rujukan dalam masyarakat.

Layanan masalah kesehatan jiwa berbasis komunitas ini bisa diwujudkan dalam kegiatan dengan menggunakan pendekatan kuratif, rehabilitatif, promotif dan preventif sesuai dengan UU Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan

Jiwa pada pasal 1. Upaya kuratif merupakan upaya yang dilakukan untuk menanggulangi masalah kesehatan mental agar tidak meluas dan merugikan masyarakat (Marlynda, 2017). Pada UU Kesehatan Jiwa pasal 18 dijelaskan lebih lanjut bahwa upaya kuratif kesehatan jiwa dilakukan untuk penyembuhan atau pemulihan, pengurangan penderitaan, pengendalian disabilitas dan pengendalian gejala penyakit mental yang ada. Selanjutnya, upaya rehabilitatif kesehatan jiwa menurut UU Kesehatan Jiwa pasal 25 merupakan kegiatan pelayanan jiwa yang ditujukan untuk:

1. Memulihkan fungsi sosial
2. Mempersiapkan dan memberi kemampuan ODGJ agar mandiri di masyarakat
3. Memulihkan fungsi okupasi
4. Mencegah atau mengendalikan disabilitas.

Kemudian, upaya promotif dilakukan untuk memperkuat kemampuan individu dalam menghadapi masalah kesehatan jiwa. Lahtinen, dkk (2005) menyatakan bahwa promosi kesehatan mental efektif dilakukan melalui masyarakat secara langsung dengan menggunakan pemberdayaan masyarakat. Penelitian oleh Suryaputri, Utami dan Mubasyiroh (2019) memberikan gambaran upaya promotif dilakukan dengan pembentukan kelompok-kelompok pendampingan. Upaya promotif yang dilakukan pada penelitian tersebut dilakukan di sekolah-sekolah. Pendekatan komunitas yang menekankan pada promosi serta prevensi atau pencegahan dalam upaya meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kekuatan pribadi yang telah dimiliki untuk mengembangkan kompetensi sosial masyarakat (Idham, Mubarok dan Pratiwi, 2016). Prevensi dalam konteks ini merupakan usaha pencegahan yang dilakukan untuk mencegah atau pengurangan risiko gangguan mental masyarakat. Ada tiga macam prevensi menurut Korchin (1976) di antaranya:

1. **Prevensi primer**

   Prevensi primer merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah munculnya penyakit mental tertentu. Pada prevensi primer, dapat dilakukan

dengan melakukan intervensi, konsultasi dan sosialisasi kepada masyarakat secara luas.

2. **Prevensi sekunder**

   Prevensi sekunder dilakukan untuk mencegah munculnya gangguan mental pada orang yang berisiko mengalami permasalahan psikologis.

3. **Prevensi tersier**

   Prevensi tersier merupakan prevensi yang dilakukan untuk mencegah munculnya kembali permasalahan psikologis yang pernah dialami oleh sekelompok penderita. Prevensi tersier ini juga bisa dilakukan untuk mengurangi beratnya gangguan mental masyakat.

Upaya prevensi dalam pendekatan psikologi komunitas juga dapat dilakukan dengan menggunakan pendidikan kesehatan mental. Heller, dkk (1984) mengatakan bahwa program tersebut bisa dilakukan dengan tiga cara, di antaranya:

1. **Program *community-wide***

   Program *community-wide* atau biasa disebut sebagai program untuk komunitas, merupakan program yang ditujukan untuk seluruh populasi. Contoh program ini adalah program untuk populasi keluarga sejahtera, program bina keluarga balita, dan populasi lainnya.

2. **Program *milestone***

   Program ini ditujukan pada penduduk pada periode perkembangan tertentu dari kehidupannya. Misalnya pada periode awal perkawinan, periode menjelang menopause, pasangan yang akan menikah dan lain sebagainya.

3. **Program risiko tinggi *(high-risk)***

   Fokus pada program ini adalah penduduk yang mempunyai risiko tinggi mengalami gangguan atau permasalahan mental. Contohnya: individu yang kehilangan pasangan, anak dari keluarga yang bermasalah, dan lain sebagainya.

Penanganan permasalahan kesehatan mental menggunakan pendekatan komunitas ini sangat diperlukan untuk kemajuan kesehatan mental masyarakat. Penelitian oleh Ayuningtyas, Misnaniarti dan Rayhani (2018) menghasilkan kesimpulan bahwa banyak orang yang memiliki permasalahan psikologis di Indonesia mengalami salah penanganan karena adanya stigma yang keliru. Pada penelitian tersebut Ayuningtyas, Misnaniarti dan Rayhani memberikan rekomendasi kepada pemerintah agar melakukan upaya penanggulangan masalah tersebut dengan membuat regulasi pelayanan kesehatan mental berbasis komunitas.

Kemudian, Azizah (2019) dalam penelitiannya mendapatkan hasil adanya layanan kesehatan mental berbasis komunitas yang digunakan dalam penanganan klien di tempat rehabilitasi sosial dengan menggunakan metode konseling. Layanan ini difasilitasi oleh pekerja sosial yang dibantu oleh konselor. Layanan konseling berbasis komunitas tersebut diberikan atas dasar masalah yang ditemukan pada klien, lalu masalah tersebut diperdalam lagi melalui konseling. Pada penelitian lain oleh Kurniawan dan Sulistyarini (2016) didapatkan hasil bahwa keterlibatan masyarakat dalam mewujudkan kesehatan mental masyarakat terbukti efektif bisa membantu kinerja profesional. Adanya intervensi kesehatan mental berbasis komunitas dapat membantu profesional dalam melakukan deteksi dini masalah kejiwaan dan sekaligus menjadi cara untuk memberikan kegiatan preventif dan promotif bagi komunitas.

Masalah kesehatan mental perlu mendapatkan sentuhan intervensi menggunakan pendekatan komunitas. Penelitian Waddell dkk (2005) menunjukkan bahwa permasalahan psikologis klien bersumber dari permasalahan keluarga, masyarakat dan lain sebagainya. Oleh karena itu, penelitian tersebut menemukan solusi untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan mental dengan membuat strategi kesehatan berbasis masyarakat, di antaranya mencakup promosi, pemantauan dan prevensi.

Beberapa kegiatan untuk menjaga kesehatan mental telah dijalankan oleh beberapa komunitas dan lembaga lainnya. Begitupun kegiatan dengan pendekatan komunitas untuk menjaga kesehatan mental masyarakat. Psikologi Berbagi Semarang adalah salah satu komunitas yang ada di Semarang yang

telah berkolaborasi dengan komunitas lainnya untuk menjaga kesehatan mental dengan pendekatan komunitas. Psikologi Berbagi Semarang hadir karena melihat berbagai fenomena yang ada di masyarakat pada umumnya dan pada masyarakat Semarang secara khusus. Psikologi Berbagi Semarang memiliki harapan besar agar masyarakat semakin sehat secara mental demi semakin majunya Bangsa Indonesia.

Layanan Kesehatan Mental Komunitas Psikologi Berbagi Semarang

Psikologi Berbagi Semarang merupakan sebuah komunitas Ilmuwan Psikologi yang berpusat di Semarang. Komunitas Psikologi Berbagi Semarang dimulai dengan diskusi kecil antara Yohana Christina, M.Psi., Psikolog bersama rekan Ilmuwan Psikologi dan Psikolog lainnya di Semarang yang membahas tentang sebuah artikel yang berjudul *Suspended Coffee*. Artikel itu bercerita tentang tradisi orang-orang Italia ketika membeli kopi selalu membeli lebih banyak dari yang mereka butuhkan. Kopi yang lebih tersebut akan disimpankan (*suspended*) oleh pelayan kafe untuk orang-orang yang tidak mampu membayar segelas kopi untuk sarapan, sehingga orang-orang tersebut bisa memperoleh segelas kopi secara gratis yang sudah dibayar oleh pelanggan lain.

Dengan cara itu, orang-orang yang mampu di Italia bisa berbagi kopi pada mereka yang lebih membutuhkan. Tradisi sederhana itu cukup menyentuh hati Yohana untuk melakukan hal yang sama dalam bidang layanan psikologis. Kemudian, Yohana mengajak empat rekannya untuk mengaplikasikan konsep *Suspended Coffee* dalam layanan psikologis, dan terbentuklah layanan psikologis berbasis *service learning* bagi masyarakat marginal yang dinamakan Komunitas Psikologi Berbagi Semarang.

Psikologi Berbagi Semarang berharap dengan adanya komunitas ini, Ilmu Psikologi menjadi lebih berdampak bagi masyarakat Semarang dan dapat menjadi solusi dari problematika sehari-hari. Adapun visi yang dibawa oleh Psikologi Berbagi Semarang adalah mendedikasikan Ilmu Psikologi sebagai kontribusi nyata menanggulangi permasalahan sosial dalam masyarakat (*community empowering*). Untuk menjalankan visi, maka rumusan misi juga dibuat untuk memudahkan komunitas merealisasikan tujuannya, yaitu:

1. ***Service Learning***
   Psikolog, Ilmuwan Psikologi, mahasiswa, dan praktisi sosial yang tergabung sebagai relawan Psikologi Berbagi Semarang dapat membaktikan ilmu dan keahliannya, serta memperoleh pengalaman belajar dan pengembangan diri dalam layanan psikologis.
2. ***Participatory Action Research***
   Program-program yang disusun berdasarkan metoda penelitian dan pengembangan secara partisipasi yang mengakui hubungan sosial dan nilai realitas pengalaman, pikiran dan perasaan masyarakat sasaran program.

Psikologi Berbagi Semarang berkomitmen untuk terus melaksanakan program-program layanan psikologis bagi masyarakat marginal di Semarang. Sejauh ini Psikologi Berbagi Semarang sering mengadakan *parenting program*, pendidikan kesehatan reproduksi, program pengembangan diri di dunia kerja bagi masyarakat di wilayah rural (pedesaan/perkampungan). Saat ini, Psikologi Berbagi Semarang juga mengembangkan program layanan psikologis gratis untuk masyarakat yang tinggal pada beberapa rusun di Semarang yang dinamakan Rusun Sejahtera. Selain itu, Psikologi Berbagi Semarang mengadakan 4 kegiatan rutin, yaitu:

1. **Bilik Berbagi**
   Program ini ditujukan bagi masyarakat Semarang yang ingin berkonsultasi terkait permasalahan psikologis dan juga mempelajari isu-isu kesehatan mental melalui edukasi yang diberikan oleh Ilmuwan dan Mahasiswa Psikologi yang menjadi relawan Psikologi Berbagi Semarang. Program ini dilaksanakan di Taman Indonesia Kaya Semarang pada saat Car Free Day, sehingga bisa menjangkau banyak masyarakat Semarang yang hadir pada saat *Car Free Day,* termasuk warga marginal tanpa terkecuali, untuk mendapatkan layanan psikologis secara gratis.

2. **Ruang Rerasa**
   Ruang Rerasa merupakan program Kuliah WhatsApp (Kulwap) tentang bermacam topik kesehatan mental dan Psikologi. Dalam program ini

diharapkan masyarakat lebih peduli dan peka terhadap isu kesehatan mental, sehingga pengetahuan yang diperoleh dalam ruang diskusi dapat segera mereka aplikasikan dalam kehidupan sehari-hari. Program ini merupakan salah satu program yang dilakukan untuk mencegah dan mereduksi terjadinya masalah kesehatan mental pada masyarakat Semarang. Diskusi yang dilakukan melalui grup aplikasi WhatsApp ini awalnya dimaksudkan untuk memudahkan masyarakat kelas menengah ke bawah agar tetap dapat berdiskusi dengan leluasa bersama profesional yang dihadirkan sebagai narasumber sukarela pada kegiatan Ruang Rerasa. Namun, pada masa pandemi Covid-19, bahkan metode ini juga dapat membantu masyarakat umum lainnya untuk tetap dapat belajar tentang bermacam topik kesehatan mental walaupun sedang melakukan *social* dan *physical distancing*.

3. **Ruang Lapang**

   Ruang Lapang merupakan kegiatan konseling tatap muka bersama Psikolog yang menjadi relawan Psikologi Berbagi Semarang dan berlokasi di Hetero Space Semarang. Ruang Lapang merupakan upaya pencegahan masalah kesehatan mental yang juga difasilitasi oleh Psikologi Berbagi Semarang. Upaya ini tergolong sebagai upaya prevensi primer dengan melakukan intervensi konseling tatap muka kepada masyarakat yang memerlukan bantuan profesional.

4. **Berbagi di Udara (BUDARA)**

   Di tengah pandemi Covid-19 ini, Psikologi Berbagi Semarang juga ikut berkontribusi untuk melayani masyarakat melalui program telekonseling Berbagi di Udara (BUDARA) melalui aplikasi *Google Hangout*. Dengan adanya program ini, pandemi tidak menghalangi masyarakat untuk terus menyehatkan mentalnya dengan melakukan telekonseling bersama Psikolog yang menjadi relawan program BUDARA.

Beberapa program yang telah dilakukan oleh Psikologi Berbagi Semarang mengacu pada prinsip-prinsip pendekatan komunitas (Dewi, 2012). Tiga prinsip yang diperhatikan oleh Psikologi Berbagi Semarang dalam melakukan kegiatan

adalah sebagai berikut:

1. Peka terhadap kebutuhan dan keadaan masyarakat dengan cara mempelajari kondisi masyarakat setempat. Sebelum menentukan sebuah rancangan program, selalu didahului dengan melakukan survei terhadap masyarakat sasaran tentang masalah utama dan bagaimana masyarakat ingin dibantu. Data lapangan yang didapat kemudian diolah menjadi rancangan asesmen yang lebih sesuai untuk menggali permasalahan maupun sumber daya sasaran masyarakat.
2. Membangun dan memaksimalkan kapasitas sumber daya lokal dengan cara melakukan pemetaan, perencanaan program, persiapan materi yang akan digunakan, serta perencanaan lainnya. Setelah mempelajari kebutuhan masyarakat sasaran, Psikologi Berbagi Semarang melanjutkan dengan melakukan studi literatur, dan dilanjutkan dengan membuat rancangan penanganan yang sesuai bagi kondisi masyarakat sasaran.
3. Melibatkan unsur penting dalam masyarakat agar masyarakat memperoleh pelatihan sesuai kapasitas masing-masing serta menyusun jaringan kerja dan rujukan dalam masyarakat. Program-program Psikologi Berbagi Semarang dilakukan dengan melibatkan unsur penting yang ada di masyarakat sasaran seperti Ketua RT, *stake holder* sekolah, maupun pengurus komunitas marginal yang dibantu. Pelibatan unsur penting di dalam masyarakat ini dilakukan agar masyarakat nantinya bisa secara mandiri saling membantu dalam menjaga kesehatan mental satu sama lain.

Dampak Sosial Psikologi Berbagi Semarang terhadap Kesejahteraan Psikologis Masyarakat Semarang

Dampak sosial adalah hasil dari aktivitas yang dijalankan sesuai misi untuk menyelesaikan permasalahan sosial. Salah satu cara untuk mengkategorikan dampak sosial adalah dengan menggunakan *Sustainable Development Goals* (SDGs) dari PBB. Kegiatan-kegiatan Psikologi Berbagi Semarang sendiri memang ditujukan untuk mendukung arah kebijakan Pemerintah Indonesia

untuk meraih *Goal 3: Good Health & Well-being*. Beberapa arah kebijakan yang digunakan Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan taraf kesehatan dan kesejahteraan sumber daya manusia Indonesia cukup selaras dengan kegiatan-kegiatan sosial yang dilaksanakan Psikologi Berbagi Semarang, di antaranya adalah meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan di semua wilayah dan menguatkan gerakan komunitas yang mempromosikan gaya hidup sehat. Berikut ini adalah dampak sosial yang terukur berdasarkan *impact management survey* yang diadakan Psikologi Berbagi Semarang untuk mengukur dampak sosial yang telah dihasilkan kegiatan-kegiatan Psikologi Berbagi Semarang sepanjang 2019:

1. **Pengembangan SDM**
   a. Terdata 30 relawan aktif yang turut berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan Psikologi Berbagi Semarang telah menerima pelatihan tentang *Helping Relationship*, Dasar Konseling Psikologi, dan Dasar Psikoedukasi, serta telah menerima sertifikat kegiatan *volunteering*. Relawan Psikologi Berbagi Semarang terdiri dari mahasiswa S1 Psikologi (dari bermacam kampus seperti UNNES, UNDIP, UNIKA Soegijapranata, IAIN Salatiga, dsb), mahasiswa S2 Profesi Psikologi, Ilmuwan Psikologi, dan Psikolog.
   b. Terdata 83,33% dari relawan yang berpartisipasi dalam kegiatan Bilik Berbagi 2019 menyatakan memperoleh manfaat keilmuan dan pengembangan diri, serta seluruh relawan menyatakan ingin kembali berpartisipasi pada kegiatan Bilik Berbagi selanjutnya.

2. **Pengembangan Ilmu**
   Sepanjang 2019, Psikologi Berbagi Semarang telah menyusun bermacam publikasi bertema kesehatan mental di berbagi *setting* kehidupan (industri, perkembangan anak dan remaja, klinis, serta pendidikan) di antaranya adalah 4 buah e-modul psikoedukasi dari tema-tema Ruang Rerasa 2019, artikel-artikel psikoedukasi yang diterbitkan melalui Blog Psikologi Berbagi Semarang, serta poster yang digunakan untuk media kampanye pada masyarakat.

3. **Pemberdayaan Masyarakat**
   a. Bilik Berbagi 2019

Permasalahan yang diterima Konselor Psikologi Berbagi Semarang dari peserta konseling gratis di antaranya berkaitan tentang orientasi masa depan, kecemasan, relasi pernikahan, adaptasi di lingkungan baru, menghadapi duka, manajemen stres, relasi anak dan orangtua, relasi lawan jenis, dan sebagainya.

b. **Ruang Rerasa 2019**

Secara kualitatif, sebagian besar *feedback* yang diterima Psikologi Berbagi Semarang dari peserta tentang manfaat yang mereka peroleh setelah mengikuti kegiatan psikoedukasi adalah memperoleh keterampilan menghadapi masalah, mengetahui fakta lapangan tentang permasalahan psikologis, memiliki pemahaman diri yang lebih baik, menambah wawasan dan ilmu, bisa berdiskusi langsung dengan profesional, serta menambah relasi.

Kesimpulan

Psikologi Berbagi Semarang merupakan komunitas yang hadir atas keresahan para Psikolog, Ilmuwan, dan Mahasiswa Psikologi di Semarang atas banyaknya permasalahan layanan kesehatan mental yang muncul khususnya di antara masyarakat di Semarang. Psikologi Berbagi Semarang ingin dapat mendukung arah kebijakan yang digunakan pemerintah untuk meningkatkan taraf kesehatan dan kesejahteraan sumber daya manusia Indonesia, terkhusus yang terkait dengan layanan kesehatan mental bagi masyarakat marginal di Semarang. Penyelesaian masalah-masalah tersebut tidak hanya perlu dilakukan oleh pemerintah saja, tetapi juga merupakan tanggung jawab semua elemen masyarakat, termasuk praktisi dan ilmuwan. Diperlukan kepedulian elemen masyarakat lainnya untuk turut menjembatani antara program pemerintah maupun organisasi profesi dengan masyarakat, karena tidak semua masyarakat mengetahui program layanan kesehatan jiwa dari pemerintah maupun organisasi profesi, baik yang bersifat preventif, promotif, maupun kuratif.

Hal yang bisa dilakukan seperti misalnya membentuk layanan kesehatan mental berbasis komunitas. Penelitian sebelumnya telah menunjukkan manfaat

dari layanan kesehatan mental berbasis komunitas. Pendekatan komunitas yang dilakukan dapat membentuk dukungan sesama masyarakat dalam upaya penanganan permasalahan psikologis, meminimalisir stigma masyarakat terhadap permasalahan psikologis itu sendiri, dan juga dapat meminimalisir adanya diskriminasi terhadap orang yang mengalami permasalahan psikologis. Dari dampak sosial yang dihasilkan, layanan kesehatan mental berbasis komunitas seperti Psikologi Berbagi Semarang juga dapat memberikan dampak sosial yang positif bagi pengembangan SDM seperti Psikolog dan Ilmuwan Psikologi yang tergabung sebagai relawan, mengembangkan keilmuan, dan memberdayakan masyarakat.

Melalui artikel ini, diharapkan elemen masyarakat lainnya dapat tergugah untuk memulai mendukung upaya pemerintah untuk meningkatkan taraf layanan kesehatan mental pada wilayah masing-masing. Selain itu, pemerintah dapat juga mendukung dengan menyusun regulasi terkait layanan kesehatan mental berbasis komunitas, sedangkan organisasi profesi dapat berkolaborasi dengan layanan kesehatan mental berbasis komunitas untuk membantu lebih banyak masyarakat marginal yang memerlukan layanan kesehatan mental. Dengan adanya kolaborasi, setiap program layanan kesehatan mental yang dijalankan, baik oleh pemerintah, organisasi profesi, maupun komunitas, dapat semakin diketahui dan dirasakan manfaatnya oleh masyarakat, serta proses pelaksanaannya semakin terstruktur dan berkesinambungan satu sama lain.

Daftar Acuan

Albertha, K., Shaluhiyah, Z., & Musthofa, S. B. (2020). Gambaran kegiatan program kesehatan jiwa di puskesmas kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, 8*(3), 440-441.

Ayuningtyas, D., Misnaniarti, & Rayhani, M. (2018). Analisis situasi kesehatan mental pada masyarakat di Indonesia dan strategi penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, 9*(1), 1-10. DOI: 0.26553/jikm.2018.9.1

Azizah, N. (2019). Layanan konseling berbasis komunitas bagi klien di balai rehabilitasi sosial. *Jurnal Dakwah dan Komunikasi*, *13*(1), 121-136.

Dewi, K. S. (2012). *Kesehatan mental.* Semarang: UPT UNDIP Press Semarang.

Fitria, L., Neviryani, Netrawati, & Karneli, Y. (2020). Cognitive behavior therapy counseling untuk mengatasi anxiety dalam masa pandemi covid19. *Jurnal Pendidikan dan Konseling, 10*(1), 23-24.

Fowler, H. S., & Lebel, M. (2013). *Promoting youth mental health through the transition from high school-literature review and evironmental scan.* Ottawa: Social Research and Demostration Corporation.

Hamid, A. (2017). Agama dan kesehatan mental dalam perspektif psikologi agama. *Jurnal Kesehatan Tadulako, 3*(1), 3.

Heller. K: Price, R.H.; Rernharz, S & Wardersrnan, A. (1984). *Psychology and Community Change· Challenger of The Future*. Homewood, Jllinois: The Dorsey Press

HIMPSI. (2020, September 13). Upaya promotif-preventif kesehatan jiwa. HYPERLINK "https://himpsi.or.id/web/content/1392?access_token=66f277cd-ceac-44ac-ac38-bc58916502b3&unique=false&download=true" https://himpsi.or.id/web/content/1392?access_token=66f277cd-ceac-44ac-ac38-bc58916502b3

Idham, A. F., Mubarok, A. S., & Pratiwi, I. (2016). Peran psikologi komunitas dalam mendukung kebijakan kesehatan mental. *Conference Paper*, 1-15.

Jateng Daily. (2019, Mei 08). Kemiskinan kota Semarang dan karakteristinya. https://jatengdaily.com/2019/kemiskinan-kota-semarang-dan karakteristiknya/#:~:text=Dengan%20garis%20kemiskinan%20

sebesar%20itu,(4%2C62%20persen)

Kementerian Kesehatan. (2019, Oktober 09). Targetkan Indonesia sehat jiwa kemenkes fokus upaya pencegahan. http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20191009/09322024/targetkan-indonesia-sehat-jiwa-kemenkes-fokus-upaya-pencegahan/

Kontan. (2019, Juni 19). Optimalisasi pemanfaatan layanan kesehatan mental lebih dari sekadar isu akses. https://ads.kontan.co.id/news/optimalisasi-pemanfaatan-layanan-kesehatan-mental-lebih-dari-sekadar-isu-akses

Korchin,S.J.(1976). *Modern Clinical Psychology.* New York· Basic Books

Kurniawan, Y., & Sulistyarini, I. (2016). Komunitas sehati (sehat jiwa dan hati) sebagai intervensi kesehatan mental berbasis masyarakat. *Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental, 1*(2), 112-124. DOI: 10.20473/JPKM.v1i22016

Marlynda, L. (2017). Upaya guru bimbingan konseling dalam mengatasi perilaku menyimpang berpacaran siswa. *Jurnal Edukasi*, 40-57.

Mawarpury, M., Sari, K., & Safrina, L. (2017). Layanan kesehatan mental di puskesmas apakah dibutuhkan?. *Jurnal Insight Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Jember, 13*(1), 1-10.

Putri, A. W., Wibhawa, B., & Gutama, A. S. (2015). Kesehatan mental masyarakat Indonesia (pengetahuan dan keterbukaan masyarakat terhadap gangguan kesehatan mental). *Prosiding Penelitian dan PKM, 2*(2), 147-300. ISSN 2442-2280

Rahmat, A., & Mirnawati, M. (2020). Model participation action research dalam pemberdayaan masyarakat. *Jurnal Ilmu Pendidikan Nonforma, 6*(1), 62-71.

Suryaputri, I. Y., Utami, N. H., & Mubasyiroh, R. (2019). Gambaran upaya pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas di kota Bogor. *Buletin Penelitian Kesehatan, 47*(1), 13-22.

Tirto. (2020, Juli 15). Dampak covid19 angka kemiskinan Indonesia melonjak 264 juta. https://tirto.id/dampak-covid-19-angka-kemiskinan-indonesia-melonjak-264-juta-fQ9M

Tribun Jateng. (2018, Oktober 12). Kepala dinas kesehatan kota Semarang orang

dengan gangguan jiwa di Semarang capai 2 persen. https://jateng.tribunnews.com/2018/10/12/kepala-dinas-kesehatan-kota semarang-orang-dengan-gangguan-jiwa-di-semarang-capai-2-persen?page=all

Universitas Gajah Mada. (2020, Januari 14). Fkkmk UGM angkat isu kesehatan mental. https://www.ugm.ac.id/id/berita/18930-winter-course-fkkmk-ugm-angkat-isu-kesehatan-mental

ADDIN Mendeley Bibliography CSL_BIBLIOGRAPHY Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C. A., Offord, D. R., & Hua, J. M. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(4), 226–233. https://doi.org/10.1177/070674370505000406

Kholifah Umi Sholihah, Intan Ayu Lestari, Tazkiya Nabila & Yohana Christina. *This article aims to contribute information to policy makers, professional organizations, and other elements of society regarding community-based mental health services as a preventive and promotive effort related to mental health. Mental health services using the Community Psychology Approach such as the Psikologi Berbagi Semarang address various mental health problems in a wider community. The Community Psychology Approach has a great contribution in solving problems in the community because it is carried out through a participatory action research method., The community-based mental health services such as the Psikologi Berbagi Semarang can also have a positive social impact on the development of human resources such as professional psychologists, Psychological Scientists, psychology as a science, and the community empowerment.*

Bab 8. Psikologi Forensik dan Kesehatan Mental: Kisah Pendampingan Psikologis Tiga Warga Binaan Pemasyarakatan Pra Eksekusi Mati

Reni Kusumowardhani

Hukuman Mati di Indonesia

Hukuman mati adalah penjatuhan pidana terberat, dengan mencabut hak hidup seseorang yang telah melakukan tindak pidana yang diatur dalam undang-undang yang diancam dengan hukuman mati (Seno Adji, 2004). Menurut laporan *Amnesty International*, pada akhir 2014, Indonesia termasuk dalam 58 negara di dunia yang masih mempertahankan hukuman mati. Ada 10 jenis kejahatan berdasarkan KUHP yang memungkinkan dipidana dengan pidana mati. Di pihak lain, hasil studi yang dilakukan oleh Dodik Setiawan Nur Heriyanto dan Huang Gui (2016) menunjukkan bahwa Indonesia secara konstitusional menjamin perlindungan Hak Asasi Manusia (HAM). Dalam praktiknya pemerintah Indonesia tetap mempromosikan HAM melalui berbagai peraturan perundang-undangan dan membatasi penegakan hukuman mati dengan batasan hukum yang wajar hanya untuk kejahatan luar biasa. Terkait narkoba, Presiden Joko Widodo pada tahun 2015 mengatakan bahwa Republik Indonesia sudah sampai ke tahap darurat narkoba sehingga grasi yang diajukan pengedar narkoba tidak akan dikabulkan karena merupakan kejahatan luar biasa. Berdasarkan statistik, di Indonesia terdapat 4,5 juta orang yang kecanduan narkoba serta ada 1,2 juta dari antara mereka yang sudah tidak bisa direhabilitasi karena kondisinya dinilai terlalu parah. Berdasarkan data BNN, sejak 2008 narkoba telah menyebar di seluruh kabupaten dan kota di 33 provinsi. Tidak ada daerah yang bebas dari peredaran narkoba baik di kota maupun di pedesaan dan wilayah terpencil di 33 provinsi tersebut. Korbannya juga bukan hanya remaja dan orang dewasa, anak-anak usia sekolah juga banyak yang menjadi korban. Karenanya eksekusi mati terhadap terpidana mati kasus narkoba tetap

dijalankan.

Terlepas dari pro dan kontra yang muncul di masyarakat, setidaknya ada lima alasan mengapa Indonesia masih memberlakukan hukuman mati. *Pertama*, hukuman mati dipandang menjaga peradaban manusia. Sebagaimana dinyatakan oleh Mahfud MD kepada detikNews (2015), perlu memberlakukan hukuman mati untuk kejahatan yang luar biasa guna menjaga peradaban modern dari ancaman kemanusiaan.

Kedua, berdasarkan putusan MK Nomor 2/PUU-V/2007, hukuman mati dinyatakan tidak melanggar HAM. Keberlakuan HAM yang tercantum dalam Bab XA UUD 1945 dapat dibatasi. MK menyebut ancaman pidana mati dalam UU Narkotika tidak bertentangan dengan Pasal 28A dan Pasal 28I ayat 1 UUD 1945. Sistematika pengaturan mengenai HAM dalam UUD 1945 sejalan dengan sistematika pengaturan dalam *Universal Declaration of Human Rights* yang juga menempatkan pasal tentang pembatasan hak asasi manusia sebagai pasal penutup, yaitu Pasal 29 ayat 2. Pemberlakuan hukuman mati dalam UU Narkotika juga tidak bertentangan dengan *International Convenant on Civil and Political Rights (ICCPR)* karena masuk kualifikasi *'the most serious crime'*. Pasal 6 (2) ICCPR menetapkan bahwa "Di negara-negara yang belum menghapus hukuman mati, hukuman mati hanya dapat dijatuhkan untuk kejahatan yang paling serius."

Ketiga, hukuman mati sesuai dengan hak asasi Islami. Putusan MK Nomor 2/PUU-V/2007 memperhatikan isi Deklarasi Cairo Mengenai Hak-hak Asasi Islami yang diselenggarakan oleh Organisasi Konferensi Islam (OKI). Pasal 8 huruf a dokumen tersebut menyatakan, “Kehidupan adalah berkah Tuhan dan hak untuk hidup dijamin bagi setiap umat manusia. Adalah tugas dari individu, masyarakat dan negara-negara untuk melindungi hak-hak ini dari setiap pelanggaran apa pun, dan dilarang untuk mencabut kehidupan kecuali berdasarkan syariat”. Sebagai anggota OKI, pemberlakuan hukuman mati di Indonesia secara moral tidak melanggar deklarasi tersebut.

Keempat, hukuman mati melindungi masyarakat dari bahaya kejahatan. Dalam teori pidana, apabila hukuman bertujuan melindungi masyarakat maka pemidanaan itu dibenarkan sepanjang untuk mengendalikan tata nilai

masyarakat. Contohnya dalam kasus narkotika, pidana mati dibenarkan karena untuk melindungi masyarakat dari bahaya narkoba, perlindungan dan mengembalikan keseimbangan nilai-nilai yang ada dalam masyarakat.

Kelima, khususnya terkait hukuman mati kasus narkoba, hal ini bisa diterima karena Indonesia dinyatakan darurat narkoba.

Intervensi Psikologi Forensik Pra Eksekusi Mati

Menurut definisi dari *American Psychological Association*, Psikologi Forensik adalah terapan ilmu psikologi dalam arena hukum. Pengertian tersebut mengandung makna terapan di berbagai jenis hukum baik pidana maupun perdata, serta jenis hukum lainnya. Jika diterapkan dalam hukum pidana, maka termasuk di dalamnya mulai dari rentang pra ajudikasi saat sebuah perkara pidana masih dalam fase investigasi, lalu pada fase ajudikasi atau saat perkara pidana disidangkan, dan pasca ajudikasi yaitu setelah hakim menjatuhkan vonis. Jika vonis bersalah dan dinyatakan hukuman kurungan termasuk hukuman mati, maka terpidana akan menjalani masa hukumannya di Lembaga Pemasyarakatan (lapas). Bagi terpidana mati akan berada di Lapas hingga ditetapkan saat eksekusi matinya.

Lapas adalah muara dari sebuah sistem hukum pidana, tempat pembinaan para pelaku kriminal yang sudah divonis bersalah oleh peradilan pidana. Menengok ke belakang dalam sejarah Lapas, tanggal 27 April 1964, Konferensi Nasional Kepenjaraan di Lembang Bandung merupakan momentum penting bagi lapas. Ditetapkan perubahan konseptual perlakuan terhadap pelanggar hukum dari Sistem Kepenjaraan menjadi Sistem Pemasyarakatan. Tentu saja perubahan tersebut mengandung konsekuensi logis terhadap perubahan *mindset* dan perubahan perilaku para petugas pemasyarakatan dari model penghukuman menjadi model yang lebih memanusiakan sekalipun individu tersebut adalah pelaku tindak kriminal. Fungsi Lapas dalam kacamata psikologi menjadi lebih dituntut untuk menjalankan: (1) fungsi konstruktif yang menekankan pada upaya menciptakan konstruk perubahan perilaku; (2) fungsi rehabilitatif yang mengkoreksi/memperbaiki dan memulihkan atas perilaku yang

salah menjadi lebih benar; (3) fungsi transformatif yaitu membangun manusia baru yang kemudian akan siap menjadi bagian masyarakat yang lebih produktif secara sosial dan tidak mengulang tindak kejahatan. Peran psikologi menjadi lebih urgen untuk memaksimalkan peran lembaga pemasyarakatan, baik dalam tataran keilmuan maupun praktik profesi psikologi, baik untuk perlakuan terhadap Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) maupun untuk kesiapan mental para petugas pemasyarakatan dalam mengemban amanat UU Pemasyarakatan.

Salah satu praktik psikologi forensik di lapas adalah melakukan intervensi psikologi forensik dalam bentuk memberikan dampingan psikologis bagi WBP, termasuk WBP dengan vonis hukuman mati. Dibutuhkan kompetensi psikologi forensik dengan memahami aspek hukum dan pemidanaan yang dihadapi oleh WBP yang didampingi agar proses pekerjaan psikolog dapat objektif bagi proses hukum dan tujuan hukum. Kompetensi dimaksud tertera dalam Skema Kompetensi Psikolog Forensik Unit Intervensi Terhadap Warga Binaan Pemasyarakatan yang disahkan oleh Badan Nasional Sertifikasi profesi (BNSP) melalui Lembaga Sertifikasi Profesi Psikologi Indonesia. Ada kode etik yang perlu dipahami dan dijaga dalam proses pekerjaan psikolog melakukan intervensi terhadap WBP.

Pada tahun 2015, dilakukan eksekusi mati di Indonesia dalam beberapa tahap eksekusi pada beberapa terpidana mati kasus narkoba. Sebagian di antara WBP yang akan dieksekusi tersebut mendapat dampingan psikologis. Masing-masing terpidana mengalami situasi psikologis yang berbeda satu dengan lainnya sehingga membutuhkan pendekatan psikologis yang berbeda. Penulis dalam kesempatan ini akan menyampaikan tiga kisah pendampingan dalam bentuk catatan pribadi yang menggunakan bahasa lazimnya sebuah catatan pribadi. Nama WBP sengaja disamarkan. Proses pendampingan tertulis rinci untuk menunjukkan bahwa pendampingan psikologis memberi makna positif bagi WBP sebelum proses eksekusi mati.

Catatan Kisah 1: Testimoni seorang Terpidana Mati

Kubuka surat yang baru saja kuterima dari seorang petugas Lembaga

Pemasyarakatan. Pengirim surat adalah WBP yang dini hari tadi menjalankan proses eksekusi sesuai dengan vonis hukuman mati yang diterimanya. Tulisan yang seperti coretan cakar ayam itu biasanya sulit untuk dapat dibaca, namun kali ini aku merasakan seolah tulisan itu berubah menjadi sosok yang sedang berbicara langsung denganku: "Ibu, selamat pagi. Saya sedang duduk di sebuah sudut kamar isolasi. Begitu konon nama kamar yang saya tempati dalam waktu mungkin hanya dua atau tiga hari untuk saya dan warga binaan lainnya di kamar ini menunggu saatnya. Kamar yang terasa sangat dingin dan beku namun memberi saya ruang dan waktu yang leluasa untuk kontemplasi, merenungi seluruh perjalanan hidup saya. Begitu banyak ingatan yang terlintas mengenai berbagai peristiwa dalam kehidupan saya, salah satunya yang berharga adalah saat hampir dua tahun ibu mendampingi hari-hari saya di lapas. Ya, seminggu dua kali ibu berkunjung saat tidak ada satupun keluarga saya yang datang untuk melihat keadaan saya karena mereka berada jauh sekali"

Ingatanku melayang ke belakang. Di kunjungan pertamaku, dia banyak berseloroh dan tertawa meskipun matanya tampak sering menerawang seperti ada sesuatu yang berkabut dalam jiwanya. Aku lebih banyak diam untuk mendengarkan apa kebutuhannya terkait dengan profesiku sebagai psikolog.

Pada satu hari naasnya, dia mengalami kecelakaan yang mengakibatkan patah tulang yang menurut informasinya tergolong sangat parah. Banyak pen harus dipasang di tubuhnya. Dia membutuhkan biaya yang sangat besar untuk operasi dan pemulihan kondisinya. Dalam keadaan membutuhkan dana yang sangat besar tersebut, dia meminjam uang pada pada seseorang dengan bunga yang begitu besar. Akhirnya hutang makin bertumpuk dan membuatnya bingung. Hal tersebut membuatnya kurang berpikir panjang dan menyelundupkan kokain dalam jumlah besar.

Dia tahu bahwa apa yang dilakukannya itu melanggar hukum dan dapat menghancurkan penggunanya yang kebanyakan orang-orang di usia produktif. Namun yang dipikirkannya saat itu adalah bagaimana hutangnya dapat dibayar. Sialnya, perbuatannya tersebut diketahui petugas dan dia pun ditangkap. Karena takut, ia sempat melarikan diri namun tertangkap kembali di tempat pelariannya. Majelis Hakim menjatuhkan vonis hukuman mati atas

dirinya. Berbagai upaya banding serta kasasi guna meringankan hukuman dia lakukan, namun putusan Mahkamah Agung tetap mengukuhkan hukuman mati atas dirinya. Saat menjalani hukuman di Lapas, ia mengajukan permohonan Peninjauan Kembali, tetapi karena tidak ada bukti baru atau novum yang menguatkan maka Peninjauan Kembali atas perkaranya ditolak. Demikian pula dengan grasi yang diajukannya, ditolak oleh Presiden. Artinya, vonis hukuman mati sudah menjadi putusan final. Dan itulah yang harus dijalani olehnya.

Aku menghela nafas dan meneruskan membaca: "Ibu, sudah pasti ibu tahu banyak mengenai diri saya. Saya tahu Ibu berusaha memahami tingkah polah saya yang tidak stabil. Saya ingat Ibu mengatakan bahwa sangat dipahami dan sangat normal jika saya sering mengalami emosi yang turun naik, pasang surut dan kerap tidak adaptif karena sedang berada dalam situasi yang memang tidak normal. Sungguh saya merasa sangat senang karena masih ada orang yang menganggap saya normal. Saya sangat berterimakasih untuk itu."

Kembali ingatanku melayang. Dia menceritakan bagaimana hari-harinya di Lapas sangat membosankan dan selalu berharap ada sebuah keajaiban yang dapat meringankan hukumannya. Berbagai pikiran buruk disertai *mood* yang negatif sering terjadi, lengkap dengan perasaan ketidakberdayaan. Sekilas dia tampak seperti orang yang ceria dan periang. Di kalangan warga binaan pemasyarakatan tempatnya mendekam, dia dikenal sebagai orang yang suka banyak bicara. Namun setelah mengenalnya, barulah diketahui betapa dia memiliki masa lalu yang tidak bahagia.

Ayah ibunya berpisah saat dia masih kecil dan begitu besar kemarahannya terhadap ayahnya, bahkan hingga dia berada di Lapas. Di salah satu sesi dalam kunjunganku, dia memilih untuk membahas bagaimana pikiran dan perasaannya terhadap ayahnya itu nyaris membuatnya gila. Begitu katanya. Aku mengajaknya untuk dia memasuki "rumah jiwa"-nya dengan jujur. Saat itu, dia mengatakan bahwa ada perasaan begitu takut saat harus jujur dalam memasuki "rumah jiwa"-nya sendiri. Begitu banyak kemarahan, kekecewaan dan kesedihan. Semua itu membuatnya tidak bermakna sehingga sering mengakibatkan dirinya merasa terombang ambing dan keliru mengambil keputusan perilaku dalam riwayat kehidupannya. Dia hampir tidak tahu rasanya bahagia, dan secara subjektif

menyalahkan ayahnyalah biang keladi dari semua keporakporandaan hidupnya. Dia meletakkan kebahagiaannya bergantung pada sesuatu di luar dirinya.

Sambil ingatanku kembali ke saat pendampingan, kulanjutkan membaca, "Ibu, tentu ibu ingat bagaimana kacaunya saya saat saya masih merasa marah terhadap ayah saya. Saya sangat kaget saat ibu mengatakan, apakah layak dan adil bagi saya jika saya menyerahkan kebahagiaan diri saya terhadap sesuatu di luar diri saya meskipun itu adalah ayah saya sendiri. Saya larut dan mengarahkan hidup saya secara limbung. Saya menyesal telah membuat diri saya sendiri hancur. Belum pernah sebelumnya ada orang yang mengatakan hal ini kepada saya. Saya seperti tersambar petir lalu otak saya seperti tercuci hingga ada sesuatu yang terang menenangkan, bahwa saya harus melakukan sesuatu untuk diri saya sendiri. Semua kebahagiaan itu tergantung pada diri saya sendiri. Saya bukan anak kecil lagi, juga bukan seperti anak kucing yang ketakutan sendirian di atas pohon".

Apa yang dia sampaikan sebagai terang menenangkan itu adalah sebuah kesadaran. Kesadaran untuk meletakkan semua tanggungjawab hidup ini pada diri sendiri. Kami mendiskusikan banyak hal penting hingga ada suatu keputusan indah, bahwa dia sudah bulat tekad akan memaafkan ayahnya. Dia merasa sudah cukup menanggung beban kemarahan yang justru berdampak pada kehancurannya. "Saat itu, Ibu, saya seperti mendengar panggilan Tuhan. Bahwa semuanya, termasuk apa yang terjadi pada saya sejak masa kecil saya hingga saat ini, sudah diatur oleh-Nya. Jika saya terus membawa kemarahan saya, saya tidak akan pernah tahu apa sebenarnya yang saya harapkan dan kemana tujuan hidup saya. Saya ingat betul saat ibu menganalogikan emosi saya yang cenderung bersifat negatif itu sebagai kentang. "kentang kemarahan, kekecewaan, keputus-asaan" itu makin hari akan makin berat dan membusuk. Betapa saya sudah membawa kentang-kentang busuk itu sepanjang hidup saya. Tetapi saya tidak tahu bagaimana caranya agar saya bisa merasakan hidup saya dengan lebih baik. Ingatkah ibu dalam salah satu kunjungan, ibu membawa papan catur yang ternyata bukan sembarang untuk main catur. Saya menyukainya karena memudahkan saya mengenal emosi yang saya rasakan melalui simbol-simbol papan catur dan bidaknya." Sejenak aku menghela nafasku. Dengan media papan

catur, dia memetakan emosi-emosi yang muncul terkait dengan figur-figur yang lekat dengan kehidupannya. Dia merasa dilahirkan dari keluarga yang tidak layak. Dia merasa menjadi korban, dan berkembang sebagai anak yang tidak percaya diri. Sejak kecil sering dikucilkan di antara teman-temannya, menjadi bulan-bulanan dan menyimpan kebencian yang begitu besar.

Menurutnya, dia berusaha untuk tetap berperilaku sesuai dengan norma yang berlaku, hingga terjadi kecelakaan itu. Merasa tidak satupun orang dekatnya yang peduli terhadap sakitnya, membuat kemarahan dan kebencian makin menguasai dirinya. Terjadilah keputusan melakukan tindakan melanggar hukum yang akhirnya bermuara pada keharusannya menerima vonis hukuman mati. Menurutnya, semua seperti gelap seolah dunia tidak pernah memberikan matahari untuknya dan bintangpun enggan berpijar untuk menerangi sedikit saja rasa hidupnya. Dia bernegosiasi dengan emosi yang dia rasakan dengan menyertakan pertimbangan-pertimbangan rasional agar dirinya dapat berdansa selaras dengan emosi yang lebih mendukung kebermaknaan hidupnya. Bukan proses yang mudah bagi dirinya karena terlalu banyak pengalaman buruk yang pernah dialami dan dirasakannya.

Aku menahan haru sambil terus membaca tulisan cakar ayam itu, "Ibu, sejak saya memberikan ruang maaf bagi semua penderitaan yang saya rasakan, saya baru tahu bahwa apapun situasi kehidupan yang dialami setiap orang, meskipun itu adalah penderitaan yang teramat sangat, kita manusia memiliki akal pikiran sebagai jalan untuk mengambil hak hidup yaitu hak untuk memilih. Saya makin menyadari dan merasakan bahwa dalam penderitaan saya ini, sayalah yang memiliki kebebasan memilih untuk bangkit dan bahagia atau terpuruk terus dalam kemarahan dan penderitaan. Boleh dikatakan bahwa sepanjang hidup saya dipenuhi oleh rasa sakit. Bahkan di akhir hidup sayapun, saya harus menerima sebuah hukuman yang sangat berat. Saya ingin memaknai ini semua dengan kebebasan pikiran saya dan bertanggungjawab atas hidup saya. Boleh saja hidup yang saya jalani berat, tapi saya punya kebebasan untuk memilih dan itu adalah hak prerogatif saya yang tidak dapat dicuri oleh siapapun dan tak dapat dipengaruhi oleh apapun."

Dalam satu sesi pertemuanku dengannya, kami mendiskusikan

mengenai hidup, kehidupan dan pilihan dalam hidup. Manusia tidak sepenuhnya dikondisikan dan ditentukan oleh lingkungannya, namun dirinyalah yang lebih menentukan apa yang akan dilakukan terhadap berbagai kondisi itu. Dengan kata lain, manusialah yang menentukan dirinya sendiri. Sebagai contoh jika ada taruhlah tiga orang dalam satu ruangan yang sama, tiba-tiba menemukan ada ular berbisa masuk ke dalam ruangan itu. Maka yang terjadi adalah berbagai respon. Mungkin yang pertama lari karena memaknai ular sebagai bahaya yang mengancam. Mungkin yang kedua akan pingsan saking takutnya karena juga memaknai ular sebagai bahaya yang bisa mematikan. Sedangkan yang ketiga, jika dia pawang ular maka akan menangkap ular tersebut dengan sukacita karena memaknai ular sebagai rejeki dan akan laku dijual. Apa artinya? Jika ada satu situasi kondisi yang sama direspon dengan cara yang berbeda, permasalahannya bukan pada situasi dan kondisi yang dihadapi tetapi pada bagaimana seseorang memaknai situasi yang dihadapinya. Makna hidup itu sendiri bersifat unik, spesifik, personal, sehingga masing-masing orang mempunyai makna hidupnya yang khas dan cara penghayatan yang berbeda antara pribadi yang satu dengan yang lainnya.

Aku ingat memberinya inspirasi melalui prinsip-prinsip yang dikemukakan oleh Viktor Frankl, yang kemudian membuat dia lebih terbuka seperti yang disampaikannya dalam suratnya. “Ibu, dua tahun berproses didampingi oleh ibu sungguh mengaduk emosi. Lewat berbagai topik pembicaraan membuat saya memiliki cakrawala pandangan yang lebih luas mengenai makna hidup. Jadi saya mulai menata semua perkakas dalam jiwa saya untuk menentukan makna hidup saya. Manusia tidak sepenuhnya dikondisikan dan ditentukan oleh lingkungannya, namun dirinyalah yang lebih menentukan apa yang akan dilakukan terhadap berbagai kondisi itu. Dengan kata lain manusialah yang menentukan dirinya sendiri. Itu sungguh memenuhi batin saya. Kalimat itu saya tulis dengan tulisan besar dalam ruang jiwa saya. Segala rasa frustrasi dan kehampaan akibat keberadaan saya yang penuh dengan penderitaan berangsur saya ganti dengan spirit untuk membangun jarak terhadap segala rasa negatif. Dan Ibu tahu hari-hari saya kemudian terisi dengan perubahan yang sangat radikal. Saya jadi lebih peduli terhadap orang lain. Saya

jadi banyak mengulurkan tangan untuk membantu teman-teman sesama warga binaan. Saya jadi lebih banyak melakukan meditasi untuk mengurangi rasa sakit pada tubuh saya yang penuh pen di sela tulang belulang saya yang cidera. Saya menjadi orang baru yang memiliki aktivitas yang berguna. Tiba-tiba seluruh semesta pun berpihak pada saya. Kalaupun saya menyanyi dengan suara parau, tetapi hati saya sangat menikmatinya. Ibu pasti masih ingat lagu itu. Lagu yang saya dendangkan dengan nada sumbang tetapi sarat makna bagi saya. Lagu yang mengingatkan saya pada tempat saya dilahirkan dan saya menterjemahkannya sebagai surga kecil atau langit yang indah." Serasa aku memutar kembali video dari otak memoriku bagaimana dia menyanyikan lagu dengan tempo *hard beat* yang membuat teman-temannya tertawa dan bergoyang.

Sambil aku membayangkannya bernyanyi, aku raih telepon selulerku mencari lagu itu sambil melanjutkan membaca, "Sampai akhirnya ibu, berita akan dilaksanakannya eksekusi mati itu sampai di telinga saya. Saya ternyata tidak cukup kuat untuk menerima berita itu. Semua istana berpikir positif dan emosi adaptif yang susah payah saya bangun, seperti hancur begitu saja. Saya takut Ibu, sangat takut. Dan kemarahan itu muncul kembali lebih besar dari sebelumnya. Saya sangat ingin Ibu datang mengunjungi saya lagi. Apakah masih boleh dikatakan normal bagi seseorang yang takut menerima hukuman mati?."

Kumatikan lagu dari telepon selulerku. Aku ingat waktu itu ada kendala untuk dapat mengunjunginya karena alasan keamanan. Tapi akhirnya aku diijinkan untuk masuk menemuinya. Dia menangis sesenggukan seperti anak kecil yang sedang sangat ketakutan. Kutunggu sesaat hingga dia lebih tenang dan aku membiarkannya menumpahkan apapun yang ada dalam pikirannya. Dia mempertanyakan bagaimana dengan kehendak bebas yang pernah terbangun itu, mendadak sirna. Yang ada sekarang adalah ketakutan dan semua menjadi gelap dan hitam. Terus terang, saat itupun aku perlu menenangkan diriku terlebih dahulu sebelum kemudian memulai pembicaraan dengannya. Aku bertanya hati-hati tentang apa yang saat ini paling diharapkannya terjadi, dan tentunya sesuatu harapan yang memang mungkin untuk diupayakan.

Dia tahu bahwa eksekusi itu sudah pasti, dan bahwa yang belum pasti itu adalah bagaimana cara menghadapi situasi dan kondisi yang sudah

direncanakan kepastiannya atas dirinya. Sebuah proses mental yang sangat sulit untuk dihadapi. Kuajak dia berdialog kembali dengan subsistem yang ada dalam dirinya. Dia menghadirkan subsistem takut, marah, cita-cita dan tenang, yang masing-masing disimbolkan melalui media sebuah kursi kosong. Kami psikolog menyebutnya dengan teknik *empty chairs*. Cukup panjang dialog mental tersebut dia lakukan, sebelum sampai pada satu kesepakatan dalam jiwanya. Rasa takut, dia memberi nama emosi takutnya dengan sebutan Tikus, bersama dengan rasa marah yang diberi nama si Singa cukup mendominasi proses. Dia memilih emosi yang dirasakannya itu untuk berdialog dengan ayahnya. Saat yang mengharukan adalah waktu Tikus menyampaikan sesuatu kepada ayahnya. Melalui emosi takutnya dia meminta untuk sekali itu saja ayahnya hadir memeluknya. Dan ternyata, ayah dalam imajinasinya itu hadir untuk memeluknya, hingga Singa terlihat mengecil. Hampir dua jam dia menumpahkan semua emosi yang mengganggunya, sampai akhirnya terlihat lebih tenang. Rupanya ego masa kecilnya merindukan sentuhan dan dekapan dari ayahnya. Begitu dia sampai di titik merasa diterima oleh ayahnya, sekalipun itu semua adalah dialog imajiner, cukup membuatnya merasa lebih tenang. Yang mengharukan adalah bagaimana mereka saling mendoakan untuk bertemu kembali di surga satu saat nanti dalam situasi yang lebih baik.

Aku masih berusaha untuk dapat menahan rasa *begah* di dada agar dapat melanjutkan membaca suratnya, “Ibu, kursi-kursi kosong yang Ibu gunakan untuk saya mengumpulkan berbagai emosi dan pikiran agar bersepakat demi kesiapan saya menghadapi takdir hidup itu akan menjadi saksi bahwa dialog dalam jiwa itu bukan isapan jempol. Sejatinya itu adalah sebuah kontemplasi yang dibuat dalam simbol-simbol untuk memudahkan setiap orang mengelolanya. Sayangnya saya tidak mungkin memberikan testimoni pada setiap orang. Tapi di sudut kamar isolasi ini, saya punya waktu menuliskannya untuk ibu. Dalam pertemuan itu, saya merasakan betul sensasi dalam kulit saya yang mendapat pelukan hangat dari ayah. Saya merasa seperti kembali ke masa saya masih berusia sepuluh tahun, yang kemudian belakangan saya tahu dari ibu bahwa ada ego anak kecil dalam diri saya yang urusannya belum selesai. *Unfinished bussiness* itulah yang berubah wujud menjadi frustrasi berkepanjangan, mengganggu saya

dan membuat saya labil. Setelah saya dilatih oleh Ibu untuk memahami jiwa saya sendiri, ternyata sangat kompleks. Tidak ada metafor yang tepat untuk menggambarkannya, namun saya lebih suka menggambarkannya sebagai cap cay jenis makanan yang sering dibuat oleh juru masak kami yang juga seorang warga binaan. Mengapa cap cay, karena segala sayuran, udang, cumi, telur, ayam dan banyak lagi tercampur jadi satu. Ya seperti itulah jiwa saya. Tetapi saya cukup senang saat mengetahui bahwa sayalah kokinya. Sehingga segala kerumitan dan kompleksitas itu terkendali oleh seorang koki yang adalah diri saya, dan dapat disajikan sebagai makanan yang lezat untuk disantap. Kalau saja Ibu tahu saat menulis kata disantap ini, saya *nyengir* sulit untuk tertawa. Karena memang hidup saya yang sudah bisa saya buat 'lezat' ini harus disantap atas kehendak hukum. Namun seperti janji saya pada diri saya sendiri, saya harus jadi pemenang karena setelah ini ada kehidupan yang lebih baik. Saya hanya berdoa kepada Tuhan saya untuk suatu saat nanti diberi kesempatan bertemu ayah saya di surga dan berinteraksi lebih indah dibandingkan yang sudah pernah terjadi di dunia ini." Aku membayangkan dirinya di salah satu sudut kamar isolasi memutar kembali peristiwa-peristiwa yang mampu menguatkannya. Imajinasi yang positif dapat menjadi afirmasi yang positif yang ternyata baginya mampu membuatnya lebih tenang.

Di satu pagi yang sejuk, aku mencatat bahwa hari itu adalah hari terakhir aku mengunjunginya, karena besok dini hari menjelang pagi sudah ditetapkan menjadi waktu eksekusi. Aku mengamati langkahku yang makin lama terasa makin berat. Butuh satu keberanian dan ekstra kekuatan untuk menjalankan tugas mendampingi terpidana sebelum proses eksekusi mati. Kusempatkan diriku untuk stabilisasi diri sendiri sebelum aku menemuinya dan terpidana mati lainnya. Saat itu dia sempat memberikan senyum tipis dengan ekspresi datar. Beberapa saat kami ada dalam situasi diam, hingga aku memulai pembicaraan dengan menunjukkan cindera mata yang pernah dia berikan untukku atas seijin petugas Lapas. Aku minta dia bercerita mengenai gambar-gambar yang ada dalam cinderamata tersebut. Pelan dia mulai bercerita bahwa gambar-gambar itu adalah gambar dari tempat-tempat yang menurutnya begitu indah dan memintaku jika memungkinkan untuk berkunjung ke sana. Dia sempat berkelakar untuk tidak

memintanya menemani saya pergi ke sana kelak, lalu buru-buru diralat bahwa aku boleh membawa spiritnya saat pergi ke sana. Aku mengamati bagaimana caranya bercerita dengan memilih kalimat-kalimat yang indah. Aku tidak lagi melihat garangnya kemarahan si 'Singa'. Lebih banyak terlihat kecemasan dan ketakutannya. Lalu dia bertanya padaku mengenai apakah ada di dunia ini orang yang tidak pernah melakukan kesalahan? Aku menjawabnya dengan gelengan kepala. Dengan nada sungguh-sungguh dia menyampaikan bahwa biarlah orang-orang dengan kesalahan besar itu menebus segala kesalahannya pada waktunya. "Termasuk saya. Saya akan menebusnya besok". Demikian kata-kata terakhirnya dalam pertemuan terakhir denganku sebelum kemudian dia minta diajarkan teknik untuk membuatnya tetap stabil sampai saat dibawa ke lokasi yang sudah ditetapkan untuk eksekusi mati.

Sampailah aku di ujung paragraf terakhir dari suratnya yang berlembar-lembar: "Ibu, terimakasih untuk semuanya. Tidak mudah bagi saya untuk bangkit. Tuhan mengirimkan Ibu untuk saya agar tidak terus berlama-lama dalam zona emosi yang tidak bermanfaat. Saya menemukan bahwa hakikat hidup adalah menjadi bermakna. Saya sudah menggunakan hak pilih saya atas hidup saya. Saya sudah meresolusi tujuan hidup saya dengan menurunkan semua ketakutan dan amarah saya meskipun sangat sulit. Saya tidak lagi meletakkan hidup saya pada sesuatu di luar diri saya. Yang tersisa sekarang adalah harapan bertemu dengan semua orang-orang baik yang pernah saya temui, di surga nanti. Termasuk saya juga ingin mendoakan ayah saya dan ibu saya agar kelak dapat berjumpa di "dunia lain" yang lebih baik. Saya membayangkan, pada saat saya akan dibawa ke tempat saya akan mati, ada bulan yang bersinar menjemput saya dan ada bintang yang akan mengingatkan bahwa saya juga layak mendapat bintang (begitu yang pernah ibu katakan pada saya). Sekarang saya akhiri ya, Bu. Saya akan melakukan teknik yang Ibu ajarkan untuk membuat saya lebih tenang dalam ketakutan saya, dan kemudian tidur. Tolong ibu putarkan lagu saya untuk mengantarkan saya ke Surga, meskipun saat ibu membaca surat ini pasti saya sudah menuju ke sana dengan gembira." Rasa haru begitu menyelimutiku. Sambil melipat kembali surat itu dan kusimpan jadi satu dalam dokumen yang kuanggap penting, aku merasakan banyak hal yang membuatku belajar tentang

hidup justru dari seorang terpidana mati.

Ada begitu banyak hal yang bagiku patut untuk dibingkai menjadi satu pengingat, yaitu bahwa setiap orang ternyata memang memiliki kehendak bebas yang dapat membawa alam pikiran dan emosinya melampaui berbagai penghalang untuk sampai pada satu keputusan menjadi tuan bagi dirinya sendiri. Tidak ada alasan yang cukup untuk membuat seseorang terpuruk, kecuali dirinya sendiri. Dan tidak ada satupun pintu kebahagiaan yang dapat dibuka oleh orang lain untuk diri seseorang, kecuali dirinya sendiri. Hal lain yang menjadi catatanku, begitu pentingnya peran ayah untuk membuat seorang anak berkembang menjadi kuat secara mental. Membangun jiwa, idealnya memang sejak anak berusia dini agar tidak ada *unfinished business* yang mengganggu kehidupan masa depan. Namun Tuhan maha baik, dimana ada kemauan di situ ada jalan. Jika sudah terlanjur dewasa pun, jika mau maka kita akan menemukan jalan untuk bersahabat dengan segala pergumulan jiwa serta menemukan pintu untuk membebaskan jiwa yang menderita. Meletakkan masa lalu di tempatnya, menjalani hidup di sini dan sekarang. Aku belajar banyak sekali darimu. Selamat jalan, kawan.

Catatan Reflektif

Dari Kisah 1 di atas, dapat ditarik simpulan bahwa situasi psikologis WBP sebagai terpidana mati adalah situasi unik yang sangat dipengaruhi oleh latar belakang pengalaman hidupnya. Pengalaman hidup yang dihayatinya secara subjektif itu kemudian membentuk kepribadian dan mempengaruhi caranya dalam mengambil keputusan perilaku atas keadaan yang dihadapi. Karena dalam kasus ini psikolog memiliki cukup waktu untuk proses pendampingan psikologis, maka rencana kerja yang dibuat dapat menyesuaikan durasi yang tersedia. Setidaknya ada beberapa teknik konseling dan psikoterapi yang diberikan dengan melihat situasi perkembangan psikologis WBP. Untuk dapat menentukan teknik konseling atau psikoterapi, psikolog mendasarkan pada hasil asesmen menggunakan batere tes psikologi, wawancara dan observasi terstruktur serta data kolateral. Teknik konseling dan psikoterapi yang diberikan dalam

kasus di atas adalah; teknik stabilisasi *My Inner House* sebagai media katarsis; konseling yang berpusat pada klien; mengembangkan *internal locus of control*; teknik papan catur untuk mengungkap narasi emosinya; teknik metafor dalam konseling; psikoedukasi Victor Frankl; Teknik Empty Chair; dan teknik stabilisasi skrin positif. Pendampingan dalam jangka waktu cukup panjang, memungkinkan psikolog memberikan intervensi melalui berbagai teknik untuk membangun *insight* mengenai diri sendiri dan kebutuhan WBP untuk bertahan dalam emosi yang lebih stabil dan mendukung keberfungsian psikologisnya. Persiapan mental yang terbangun, dalam kenyataannya ambruk pada saat yang bersangkutan mendapat kabar mengenai penetapan waktu eksekusi matinya. Kisah di atas menunjukkan bahwa sekuat apapun mental yang sudah disiapkan, tidak begitu saja membuatnya siap untuk mati. Namun demikian, apa yang sudah didapatkannya selama proses pendampingan psikologis, dapat diharapkan menjadi sumber daya yang menguatkan bagi WBP.

Dari sisi psikolog, berempati menjadi faktor yang sangat penting dalam proses pendampingan. Namun demikian, dalam hal proses hukum yang dihadapi WBP, psikolog juga perlu memahami bahwa arah dari pendampingan adalah menyiapkan psikologis WBP untuk menghadapi proses eksekusi pada saatnya. Tujuan utamanya adalah membantu kelancaran proses hukum, sekaligus memberikan hak hukum untuk WBP agar berada dalam situasi mental sebaik mungkin yang mampu dicapai. Di sinilah letak perbedaan karakteristik pada saat psikolog praktik dalam kaitannya dengan hukum, atau yang disebut sebagai praktik psikologi forensik. Praktik dalam ranah hukum seperti ini, menjadi tantangan tersendiri bagi psikolog. Di samping dituntut kemampuan dan ketrampilan menggunakan berbagai teknik intervensi psikologi, juga dituntut untuk memiliki pemahaman terkait aspek hukum agar tujuan intervensi dapat dicapai dan tidak terjadi situasi yang tidak diharapkan berkaitan dengan proses dan hasil intervensinya. Dalam mendampingi terpidana mati, psikolog juga perlu menjaga kestabilan emosinya sendiri karena rentan mengalami *secondary trauma*. Apabila kemudian ada unsur emosi psikolog turut meluap pasca eksekusi mati atas WBP yang didampingi, merupakan hal yang perlu diperhatikan agar kemudian psikolog dapat melakukan perawatan psikologis diri sendiri. Adalah

wajar jika terjadi penggerusan emosi, karena peristiwa eksekusi mati adalah peristiwa luar biasa.

Pertanyaannya, apakah dengan dijalankannya eksekusi mati atas diri terpidana mati tersebut kemudian betul mengakibatkan efek jera bagi orang lain yang memiliki potensi melakukan tindak pidana yang sama? Jika ternyata tidak, apakah eksekusi mati atas diri WBP tersebut menjadi sebuah kesia-siaan? Pertanyaan ini terus menjadi sebuah refleksi karena orang-orang yang berada di luar tidak mengalami secara langsung sehingga sangat kecil kemungkinan akan merasakan ketakutan yang sama. Data pun menunjukkan, kasus peredaran gelap narkoba juga tidak mengalami penurunan.

Catatan Kisah 2: Pendampingan jelang eksekusi dalam satu kali pertemuan

Petugas mengantarnya memasuki ruangan tempatku menunggu, yang telah disediakan khusus untuk proses dampingan psikologis. Wajahnya sedikit menunduk, matanya tampak kuyu seperti kurang tidur. Aku menyapanya sambil memperkenalkan diri karena ini pertemuan pertama yang sekaligus juga akan menjadi pertemuan terakhir dengannya. Hanya ada satu kali kesempatan pertemuan yang diagendakan. Kusampaikan padanya bahwa aku berada di hadapannya saat itu untuk menjadi temannya. Dia selaku terpidana mati yang putusan pidananya sudah tetap, sudah tahu mengenai akan dilaksanakannya eksekusi mati atas dirinya dalam waktu sekitar satu atau dua hari ke depan. Dengan hati-hati kusampaikan bahwa pikiran dan perasaan apa pun yang muncul, dapat dibicarakan dan ditumpahkan dalam pertemuan itu. Kulihat dia menghela nafas, lalu dia meminta ijinku apakah boleh dia menyampaikan berbagai hal secara panjang lebar. Tentu saja aku mengangguk membolehkannya.

Dia kilas balik ke belakang bahwa enam puluh dua tahun yang silam dia dilahirkan. Kemudian dalam perjalanan hidupnya sejak tahun 1975 tinggal dan menjadi warga negara di salah satu negara asing. Bekerja di sektor perdagangan dan hidup bahagia bersama istri serta empat anaknya. Namun kemudian bercerai dengan istrinya. Hidupnya diisi dengan mengurus usahanya dan sering berjudi untuk bersenang-senang. Dia ditangkap atas tuduhan memproduksi salah satu

jenis narkoba dalam jumlah sangat besar. Dia dinyatakan terbukti bersalah memproduksi, menyimpan dan mengedarkan narkoba serta mengorganisir pabrik narkoba di satu kota. Sudah sekitar dua belas tahun dia harus mendekam di penjara hingga tiba saatnya eksekusi pidana mati sesuai vonis yang dijatuhkan hakim atas dirinya.

Di tengah ceritanya, dia menghela nafas panjang sementara aku mendengarkannya dengan seksama. Aku ingat dan cukup mengikuti kasusnya pada saat itu. Sebuah pabrik di sebuah kota digrebek polisi dan ditemukan sejumlah besar narkoba yang konon diproduksi setiap hari. Sasaran pemasaran hingga ke banyak negara dengan omset hingga milyaran rupiah setiap bulannya. Bahkan saat dalam proses pengadilan atas kasusnya tersebut, hadir ahli yang memberikan keterangan bahwa narkoba yang diproduksinya tersebut beredar dan dikenali melalui semacam logo khas yang tertera pada narkoba yang diproduksi.

Menurut media yang beredar saat itu, oleh Jaksa dan Hakim dia disebut sebagai dalang atas kejahatan yang telah terlaksana, namun dia menyangkal tuduhan tersebut. Menurutnya ada orang lain yang menjadi dalang. Tentu saja aku tidak mempertanyakan kembali mengenai kasusnya. Pertemuanku dengannya bukan untuk membicarakan apakah dia bersalah atau tidak, tetapi lebih untuk mempersiapkan mentalnya dalam menghadapi eksekusi mati yang telah diagendakan untuk dirinya.

"Saya tidak berdaya kala itu. Saya begitu kaget dan terpukul saat Hakim menjatuhkan vonis hukuman mati untuk saya. Dunia seperti berhenti berputar, tetapi para pengunjung sidang bersorak-sorai seperti berpesta-pora atas hukuman yang dijatuhkan kepada saya. Saya hanya bisa tertegun tidak percaya, namun itulah yang terjadi. Artinya tidak ada pembelaan bagi saya dan saya suka atau tidak suka memang harus menerima putusan tersebut. Saya digiring menuju Lapas. Karena Indonesia adalah negara yang menempatkan kejahatan obat-obat terlarang sebagai prioritas penanganan, maka peluang mendapat pembelaan keringanan termasuk sulit".

Kuamati, dia menghela nafas sangat dalam sambil matanya tampak menerawang. Lalu dia bertanya apakah ada satu cara untuk mengurangi rasa tidak nyaman di dada karena setelah baru saja mengingat kembali peristiwa

penangkapan dan saat hakim menjatuhkan vonis hukuman mati itu membuatnya terasa sesak. Aku pun kemudian melatihnya untuk melakukan teknik *My Inner Hous*e. Teknik tersebut termasuk dalam teknik semi *guided imagery* yang dapat berfungsi sebagai media katarsis atau peluapan emosi namun dengan cara yang aman dan sekaligus sebagai teknik stabilisasi. Dia kuberi kebebasan untuk masuk ke dalam rumah batinnya tersebut dan memasuki berbagai ruang sesuai dengan jenis emosi yang ingin dilampiaskannya. Saat itu dia memilih masuk ke dalam kamar marah dan kamar takut karena perasaan itu yang sedang dominan dirasakannya. Perlahan kubimbing dia untuk menggambarkan emosi marahnya secara subjektif dan utuh di dalam kamar kemarahan. Dia bebas untuk menghadirkan berbagai hal dan materi terkait dengan rasa marahnya tersebut. Cukup waktunya untuk menumpahkan semua perasaan marahnya dengan leluasa melalui cara yang dipilihnya di kamar kemarahan yang dibangunnya. Demikian pula dengan emosi takutnya. Dia tampak sungguh-sungguh memanfaatkan teknik tersebut sampai kemudian kuminta dia masuk ke kamar tenang. Saat terlihat nafasnya sudah teratur, kutunggu hingga dia membuka matanya kembali. Tampak dia lebih tenang dan menyampaikan bahwa rasa sesak itu masih ada namun jauh berkurang. Tubuh tidak pernah berbohong. Tubuhlah yang akan memberitahu kepada setiap orang saat ada sesuatu yang tidak stabil dalam jiwa. Oleh karenanya, untuk dapat mengembalikan kekuatan dan keamanan jiwanya, perlu membangun semacam *bunker* dalam jiwa yang membantu memberikan daya baru untuk lebih stabil.

Dia meminta ijin untuk melanjutkan apa yang dia ingin sampaikan, melanjutkan cerita yang tadi terputus. “Di Lapas pertama sebelum dipindahkan, kurang lebih setahun, merupakan masa sulit saya untuk beradaptasi. Saya berusaha untuk menerima keadaan. Saya harus kuat. Saya ingin menunjukkan pada banyak orang bahwa saya sekuat pohon Oak atau pohon Ek.” Kemudian dia menjelaskan bentuk dari pohon Oak yang ada di dekat rumah tempat tinggalnya. Pohon Oak memiliki batang dan akar yang kuat serta kokoh, daunnya rindang dan melindungi. Kayunya termasuk salah satu jenis kayu yang terbaik. Pohon yang banyak manfaatnya bagi manusia. “Terinspirasi dari pohon Oak itulah, saya kemudian mencoba menanam berbagai tanaman obat yang biasa digunakan

leluhur saya. Saya ingin tidak hanya menjadi kuat, tetapi juga menjadi daun rindang yang bisa bermanfaat melindungi orang lain. Sayangnya saya tidak bisa punya banyak akses, sehingga saya mencoba meracik obat hanya dari tanaman *euphorbia tirucalli*. Kata banyak orang, di sini biasa disebut tanaman patah tulang atau kayu arip atau tikel balung atau susuran atau kayu tabar. Masing-masing daerah memberi nama yang berbeda. Tanaman itu getahnya seperti susu dan dapat menyembuhkan luka atau penyakit-penyakit pada kulit, termasuk menyembuhkan kapalan dan kutil. Saya beri racikan ekstrak dari tanaman itu untuk teman-teman warga binaan yang membutuhkan. Kemudian banyak sipir lapas juga meminta diracikkan obat herbal itu kepada saya."

Dia tersenyum kecil dan kemudian melanjutkan ceritanya: "Saya cukup senang karena dapat bermanfaat untuk orang lain. Saya sudah menjadi seperti pohon Oak yang bermanfaat. Pengobatan itu saya teruskan meskipun kemudian saya dipindahkan ke tempat saya sekarang berada. Betul bahwa saat itu saya merasa harus beradaptasi kembali karena pindah ke tempat baru dengan orang-orang baru dan suasana serta aturan yang baru. Tentu saja aturan yang lebih ketat. Saya bertekad akan mengisi hari-hari saya di dalam lapas untuk bermanfaat bagi sebanyak-banyaknya orang. Saya menerima teman-teman warga binaan, dan sipir Lapas yang membutuhkan untuk diberi pengobatan herbal. Setiap hari saya disibukkan dengan kegiatan memberi manfaat pada orang lain, yang kemudian saya rasakan juga memberi manfaat bagi saya. Saya tidak hanya bermanfaat, tetapi saya juga kuat. Saya membayangkan pohon Oak di dekat rumah saya nun jauh di sana, dan merasa seperti mendapat kekuatan. Ya, saya sekuat dan sebermanfaat pohon Oak." Dia banyak mengulang kalimat yang diyakininya bahwa dia sekuat dan sebermanfaat pohon Oak. Pohon Oak menjadi sebuah inspirasi, *self talk* dan afirmasi bagi dirinya. Keadaan ini sesuai dengan berbagai teori psikologi bahwa *self talk* positif akan banyak mempengaruhi kognitif atau cara orang berpikir mengenai sesuatu hal termasuk diri sendiri, yang kemudian mempengaruhi perasaan dan perilakunya menjadi positif pula.

"Setelah saya secara mental merasa lebih baik, saya mulai lupa atau tidak lagi fokus pada hukuman mati yang dijatuhkan pada saya. Hari-hari saya menjadi sibuk. Saya senang melihat 'pasien' saya tersenyum karena sembuh dan

berterimakasih kepada saya. Tapi kemudian mulai banyak rumor bahwa eksekusi hukuman mati akan segera dilaksanakan. Saya tidak tahu apakah saya termasuk yang akan segera dieksekusi atau tidak. Saya mulai gelisah dan kemudian saya berupaya mengajukan Peninjauan Kembali atas kasus saya namun ditolak karena dinilai tidak ada bukti baru. Saya kemudian berupaya mengajukan grasi. Besar harapan saya untuk dikabulkannya grasi yang saya ajukan. Tetapi ternyata tidak bisa dikabulkan. Saya harus menghadapi eksekusi mati atas diri saya." Ya, Presiden Indonesia memang menyatakan bahwa Indonesia sedang dalam situasi darurat narkoba. Maka, perang terhadap narkoba tidak dapat setengah-setengah karena dampaknya sungguh merusak kehidupan pengguna, keluarganya dan masyarakat terutama generasi muda yang seharusnya produktif menjadi tidak produktif. Sampai di situ, terobservasi nafasnya menjadi pendek-pendek, dan wajahnya berkeringat. Aku memintanya untuk melakukan teknik pernafasan dikombinasi dengan teknik *imagery* untuk membantunya merasa lebih tenang dan stabil.

Kulihat sesaat kemudian dia tampak membuka mata dan tersenyum tipis, nafasnya mulai teratur seraya melanjutkan ceritanya, "Dulu di tahun tujuh puluhan, ada sebuah kisah nyata, tentang seorang narapidana yang bisa bebas, pulang dan diterima kembali oleh istrinya. Kisahnya itu kemudian difilmkan serta dibuat ilustrasi lagu yang berjudul *'Tie A Yellow Ribbon Round the Ole Oak Tree'*. Mungkin Ibu juga pernah mendengar kisahnya atau menonton filmya atau mendengar lagu itu." Aku mengangguk dan mengikuti gumamannya menyanyikan lagu yang kebetulan familiar untukku. Dia menghela nafas panjang untuk kesekian kalinya. "Orang dalam kisah itu sama dengan saya, Bu. Menyia-nyiakan istrinya, dan dipenjara. Bedanya, dia bisa bebas dan pulang serta diterima kembali oleh istrinya. Istrinya mengikatkan pita kuning di pohon Oak sebagai tanda bahwa dia menunggu suaminya dan menerimanya kembali pulang. Sedangkan saya harus menerima kenyataan tidak mungkin akan pulang." Tampak ada air mata menggantung di sudut matanya. Lalu secara mandiri dia melakukan teknik pernafasan yang tadi telah kulatihkan. Aku menunggu sambil mengamati respon-respon kasat mata yang tertampil pada dirinya.

Setelah dia tampak lebih tenang, aku menawarkan aktivitas yang

berakar dari *art therapy*. Hal ini kulakukan karena dari interpretasi hasil pengamatanku, pada dasarnya dia sudah cukup dapat mengelola dirinya dalam menghadapi situasi jelang eksekusi. Dia hanya membutuhkan beberapa strategi untuk lebih menguatkan dirinya dan merasa lebih berdamai dengan situasi internal dan eksternal dirinya. Kupilihkan teknik Mandala untuk membantunya mengumpulkan dan meningkatkan sumber daya psikologis yang dapat lebih menguatkan. Teknik Mandala adalah teknik yang terinspirasi dari kebudayaan yang awalnya dibangun oleh umat Hindu dan Buddha yang merepresentasikan keutuhan secara personal dan kosmologis. Ide dasar ini diadopsi dan dikembangkan menjadi alat psikoterapi sekaligus sebagai salah satu teknik untuk stabilisasi emosi. Aku biasa menggunakan teknik ini untuk proses intervensi di Lapas dan biasanya memberikan dampak positif bagi warga binaan yang mengikutinya.

Melalui teknik Mandala, teridentifikasi oleh dirinya sendiri berbagai sumber daya yang dapat menguatkan. Terjadi proses *insight* betapa setiap orang dalam kehidupannya memiliki minat, kelebihan, ketakutan dan sesuatu yang dapat menguatkan. Hal ini tampak jelas dari komentarnya: “Ternyata saya tidak sendirian ya, Bu. Saya di satu sisi memang memiliki jalan hidup yang kurang menguntungkan jika dilihat dari situasi hukuman yang harus saya terima. Tetapi, dari Mandala ini saya menyadari bahwa setiap orang memiliki mandalanya masing-masing. Saya ingin fokus pada pembahasan mandala saya. Ternyata saya punya ketakutan yang menurut ibu adalah ketakutan bawah sadar yang sekarang saya angkat ke permukaan sadar saya. Saya masih memiliki ketakutan akan datangnya proses eksekusi mati. Saya juga takut jika mati akan diterima oleh tangan-tangan setan atau ruh jahat yang membawa saya pada reinkarnasi yang buruk. Saya juga takut mati dalam keadaan orang-orang membenci saya. Di sisi lain, saya memiliki kelebihan kemampuan melakukan pengobatan. Saya bisa bermanfaat bagi orang lain. Saya cukup disukai di dalam lapas ini, baik oleh Warga Binaan lain maupun para Sipir yang membutuhkan pengobatan dari saya. Dan yang paling membuat saya senang adalah saat Mandala saya menunjukkan bahwa saya punya sesuatu yang dapat menjadi sandaran dan inspirasi saat ketakutan-ketakutan saya muncul.”

Matanya agak berbinar saat mengamati dan merespon Mandalanya. Di salah satu bagian dia menggambarkan bahwa di samping gambar yang menurutnya menggambarkan Tuhannya, ada pohon Oak yang selalu menginspirasi saat jiwanya terpuruk. Pohon Oak digambarkan dalam Mandalanya sebagai pohon yang akarnya kuat dan masuk ke dalam tanah sedemikian rupa sehingga meskipun batang atau ranting dahannya patah, akarnya akan terus bertumbuh dan menguat untuk dapat menopang pertumbuhan batang dan ranting-ranting baru. Metafor ini menurutnya sangat cocok dengan apa yang terjadi pada dirinya. Banyak dahan dan ranting bahkan batang dari hidupnya yang sudah patah. Namun dia memilih untuk tetap kuat dengan cara memberi manfaat bagi hidupnya. Hal tersebut secara nyata diwujudkannya dengan mengembangkan diri sebagai 'pengobat', begitu istilah yang dia berikan untuk dirinya. Sudah banyak orang yang datang padanya dan sembuh melalui pengobatan yang diberikannya. Hal tersebut menjadi kebanggaan tersendiri baginya. Dia merasa sudah impas untuk menebus segala kesalahan apa pun yang pernah dilakukannya semenjak diberi kehidupan dari masa kecilnya hingga sekarang.

Aku ingat kalimatnya, "Ibu, pohon Oak itu tidak hanya besar dan kuat serta bermanfaat. Pohon Oak itu juga berusia panjang karena kekuatan dan daya tahannya terhadap segala situasi dan cuaca. Saya berharap dapat betul-betul seperti pohon Oak yang memiliki daya tahan terhadap segala situasi dan kondisi yang ada dalam hidup saya. Saya berusaha Bu. Meskipun ada perbedaan mendasar antara saya dengan pohon Oak. Jika pohon Oak itu berusia panjang hingga ratusan tahun, hidup saya hanya sampai di usia enam puluh dua tahun saja. Tapi bukankah usia enam puluh dua juga termasuk panjang ya, Bu?" Dia tersenyum sendiri saat mengatakan usianya juga sudah cukup panjang, sambil melanjutkan, "Usia saya sudah cukup panjang untuk ukuran manusia, jadi sudah cukuplah untuk mengakhiri hidup saya di usia ini. Bolehkah saya menambah dan memperbaiki Mandala saya?" Dia bertanya dan meminta izin, yang tentunya kuizinkan dia untuk menambahkan materi dalam Mandala yang tadi sudah dibuatnya. Ternyata dia menambahkan pita kuning di pohon Oak yang tadi sudah dibuatnya. Aku pun mempersilakan dirinya jika berkenan untuk menyampaikan apa yang ingin dia sampaikan terkait dengan tambahan pita

kuning tersebut.

Dia bersedia dan menganggguk-anggukkan kepalanya sambil menuturkan ceritanya dengan agak emosional: "Saya membayangkan film itu, Bu. Film tentang seorang narapidana yang pulang disambut oleh istrinya dengan memberi tanda pita kuning di pohon Oak. Saya membayangkan betapa bahagianya narapidana itu. Tetapi saya juga bersyukur dan bahagia, Bu, karena istri saya yang sebenarnya mantan istri saya, dia datang ke sini untuk mengunjungi saya di sini. Bagaimanapun saya ayah dari anak-anaknya. Saya sangat menghargai pihak yang mengirimkan ibu dari anak-anak saya datang dan bertemu saya di sini. Mereka semua memperlakukan saya dengan baik. Saya tahu bahwa saya tidak mampu menghentikan proses eksekusi mati yang akan segera dilakukan atas diri saya. Saya juga tidak mampu sendirian menghadirkan mantan istri saya. Karena saya tidak punya uang dan tidak punya kuasa untuk itu. Tetapi ada tangan Tuhan yang mengantarkan pita kuning ini kepadanya sehingga dia hadir di sini untuk memaafkan semua kesalahan saya dan menghidupkan ingatan, hanya ingatan baik tentang diri saya. Sekarang saya merasa sedang memutar film kehidupan saya sendiri. Melalui Mandala yang ibu fasilitasi untuk saya, seperti menunjukkan diri saya dan menyadarkan diri saya atas semua sekuel kehidupan saya. Tidak ada yang kebetulan maka Ibu hadir di hadapan saya sekarang meskipun sebentar. Saya ingin Mandala ini menemani saya hingga saatnya nanti, Bu. Saya akan membakarnya, seperti saya juga ingin jenazah saya nanti dibakar. Saya akan membayangkan kematian saya akan disambut oleh pita kuning pada batang pohon Oak yang kuat dan bermanfaat. Saya mampu sekuat pohon Oak walaupun tidak seindah lagu "*Tie a Yellow Ribbon Round the Ole Oak Tree*" dalam kenyataannya. Terimakasih, Ibu, terimakasih yang amat sangat atas Mandala ini. Jika Ibu melihat pohon Oak dimanapun, semoga ibu ingat ada seseorang terpidana mati yang juga bisa sekuat pohon itu." Itulah kalimat terakhirnya yang kudengar sebelum kemudian sesi ditutup.

Lama sekali setelah itu, aku berkesempatan mengunjungi sebuah bangunan istana yang di area halamannya yang begitu luas terdapat banyak sekali pohon Oak dalam berbagai ukuran. Kudekati pohon Oak yang terbesar, kusentuh batangnya sambil mengamati bagaimana dahan dan rantingnya

ditumbuhi daun-daun yang meneduhkan. Dan aku makin memahami mengapa dia memilih metafor pohon Oak. Ingatanku melayang pada kalimatnya bahwa untuk memberikan manfaat bisa datang dari manapun seperti pohon Oak yang bisa tumbuh dimanapun. Dan dia telah membuktikan, 'pohon Oak' itu bisa tumbuh memberi manfaat walau ada di dalam Lapas.

Menurutku, hanya ada dua jenis manusia dalam kehidupan sosial. Jenis manusia pembuat dinding dan manusia pembuat jalan. Pada manusia pembuat dinding, dia hanya hidup di antara dinding-dinding pembatas yang dibuatnya sendiri. Dinding yang kemudian akan membatasi interaksinya dengan orang lain. Dinding yang kemudian membatasi ekspresi yang sebetulnya bisa menjadi manfaat bagi orang lain. Dinding-dinding itu pada akhirnya akan menghadirkan rasa sepi, terkucil dan tidak bermakna. Sebaliknya, pada manusia pembuat jalan, dia akan membuat banyak ragam jalan. Mungkin jalan kecil yang menghubungkannya hanya dengan orang-orang terdekat yang bisa dipercaya. Jalan kecil yang dipayungi oleh daun-daun rimbun kepedulian dan kasih sayang yang terasa teduh. Bisa jadi membangun sebuah jalan lebar yang memungkinkan bertemu dengan orang banyak untuk saling menyapa dan memberikan manfaat. Manusia pembuat jalan akan merasa hidup lebih bersemangat karena mampu membuat dirinya bermakna.

Dan si Ek memilih menjadi pembuat jalan meskipun hidupnya dikelilingi oleh dinding pembatas dalam arti sesungguhnya. Di balik dinding yang memenjarakannya, dia membangun jalan yang membuatnya dibutuhkan oleh banyak orang. Sekali lagi kuamati pohon Oak dihadapanku dengan sebuah semangat menjadi manusia pembuat jalan. Selamat jalan Ek. Spiritmu patut untuk didengar banyak orang agar mampu membangun Mandala yang penuh kebermaknaan. Spiritmu perlu digaungkan untuk menjadi model belajar tentang kearifan.

Catatan Reflektif

Kasus 2 di atas menunjukkan bahwa tidak semua WBP tidak memiliki kemampuan untuk berfungsi. Ek merupakan salah satu WBP yang memiliki sumber daya internal yang tergolong baik. Pertanyaan yang sama dengan

refleksi pada kasus pertama, apakah kasus kedua ini dapat berarti bahwa WBP tersebut siap secara psikologis untuk dieksekusi? Kenyataannya, pada situasi setelah ditetapkannya proses eksekusi dalam waktu yang sangat dekat, WBP yang tampaknya sudah stabil itu mengalami ketidakstabilan psikologis yang sulit diatasinya tanpa bantuan. Hasil observasi menunjukkan ada proses mental takut, marah, dan memberontak yang membuatnya merasa diperlakukan tidak manusiawi. Terlebih lagi, WBP ini merasa sudah mendapat insight mengenai kesalahannya dan mengkoreksi perilakunya dengan berperilaku baik selama proses menunggu eksekusi hukumannya dijalankan. Tentunya penuh dengan harapan ada sebuah kebaikan hukum untuk mengurangi hukuman menjadi pemberian hak untuk hidup. Kenyataan bahwa proses eksekusi tersebut tetap dijalankan, membuat situasi psikologisnya menjadi sangat tidak stabil. Kehadiran psikolog di sini menjadi sangat dirasakan pentingnya untuk menemani WBP yang sudah pasti berada pada situasi mental tidak berdaya dan tidak berharga.

Dalam konteks Ek, yang dibutuhkannya adalah dipahami dan mendapatkan cara untuk menguatkan mentalnya. Maka peran psikolog di sini lebih diarahkan pada bagaimana melatihkan teknik-teknik yang dapat membantu menjaga kestabilan emosinya serta meminimalkan kegelisahan dan ketakutannya. Teknik *Self Talk* Positif dan teknik Mandala ditambah dengan teknik pernafasan sesuai untuk diberikan guna menghadapi situasi kegelisahan luar biasa jelang eksekusi. Permasalahannya adalah bahwa psikolog hanya punya waktu pendek untuk pendampingan sehingga pemilihan teknik konseling dan psikoterapi perlu dipertimbangkan yang paling mungkin diberikan dengan efektif dan efisien waktu. Jika WBP memiliki daya tangkap dan kemampuan yang baik dalam menerima informasi, maka teknik yang dilatihkan dalam sekali pertemuan dapat dicerna dan dipahami dengan baik. Akan berbeda jika kecerdasan WBP tergolong kurang. Idealnya intervensi atau pendampingan psikologis dilakukan tidak hanya dalam satu kali pertemuan di saat sudah sangat dekat waktu eksekusi matinya.

Sama dengan pada kisah pertama, psikolog perlu memiliki kesadaran penuh bahwa kehadirannya bukan untuk membicarakan apakah dia bersalah atau tidak, tetapi lebih untuk membantu persiapan mental proses eksekusi

mati yang telah diagendakan untuk dirinya. Rasa berat bukan hanya dirasakan oleh WBP yang didampingi, tetapi sekaligus rentan mengakibatkan trauma sekunder bagi para pendamping, dan mungkin juga para petugas eksekutor. Di sini sering terjadi dilema yang membuat psikolog terlibat secara emosional sehingga berisiko lalai menjalankan peran sebagai psikolog forensik, misalnya dari empati menjadi simpati sehingga ada keberpihakan hukum kepada WBP, menjanjikan upaya tertentu terkait aspek hukumnya atau kemungkinan lain yang dapat mengganggu dan membahayakan proses hukum. Kompetensi melaksanakan intervensi psikologi forensik bagi WBP menjadi prasyarat penting bagi psikolog yang bertugas.

Catatan Kisah 3: Terpidana Mati dengan Gangguan Jiwa

Pertama kali bertemu denganku atas permintaan pihak ketiga karena mengkhawatirkan kondisi psikologisnya di tahun 2012. Seorang dengan postur tinggi dan berwajah tampan, persis seperti informasi dari teman-temannya sesama WBP dan petugas lapas, masuk ke dalam ruangan yang disediakan untuk pendampingan psikologis. Dengan ramah disertai senyum tipis, dia memperkenalkan dirinya. Aku sempat bertemu dengan keluarganya yang datang untuk menjenguknya. Menurut bibinya, ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarganya.

Dia mengisahkan riwayat masa kecil yang dipersepsi negatif olehnya. Di awal pembicaraan, dia tampak baik-baik saja. Dia menyampaikan bahwa sudah sekitar hampir delapan tahun berada di lapas itu. Kemudian, dia mulai mengeluhkan beberapa waktu terakhir itu sering merasa agak sakit kepala. Hal ini menurutnya karena teman sekamarnya tidak menyukainya dan berusaha untuk menyingkirkannya. Namun dia meyakini bahwa semuanya akan aman karena ada agen rahasia yang melindunginya. Dia memintaku untuk merahasiakannya demi keamanan dirinya di lapas. Mulai teramati bagaimana penghayatannya terhadap kenyataan memang mengalami gangguan. Ada delusi persekusi, yaitu satu kondisi dimana seseorang merasa diamati dan dikejar-kejar. Delusinya itu membuatnya selalu berjaga-jaga dan mencurigai siapa pun. Dia kerap merasa

mendengar suara-suara yang diyakininya sebagai suara orang baik dan jahat yang saling berebut perhatiannya. Halusinasi pendengarannya ini ditambah dengan delusinya, mengakibatkan ada jarak antara dirinya dengan realitas yang ada. Sebelum menutup sesi pertemuan pertama denganku, aku minta ijin terkait akan ada kunjungan rutin berikutnya untuk mendampingi psikologisnya. Dia menyetujui sambil berpesan untuk berhati-hati dan tidak membicarakan hasil pembicaraan dengan dirinya kepada orang lain.

Aku kemudian meminta keterangan pada petugas lapas yang sehari-hari mengetahui aktivitasnya. Teramati oleh teman-teman warga binaan dan juga petugas lapas, bahwa dia sering bicara sendiri, bicara dengan dinding dan paling sering dengan mesin pompa air. Teman sekamarnya minta pindah karena takut. Di luar semua itu, sebagian besar perilakunya masih relatif terkendali dan masih ada cukup keberfungsian untuk hidup kesehariannya secara mandiri. Di dalam lapas, dia masak sendiri, membaca buku dan kegiatan soliter lainnya. Secara sosial banyak menarik diri meskipun jika disapa masih memberikan respon positif dengan tersenyum. Saat itu, sejak aku mengidentifikasi adanya gangguan halusinasi dan delusi khas pada penderita gangguan psikotik, maka aku memutuskan untuk melakukan rawat bersama dengan psikiater. Diagnosis kami tegakkan bersama, gangguan delusional. Ada obat yang diberikan oleh psikiater, tetapi petugas kesulitan untuk memberikannya, karena dia selalu khawatir akan ada orang yang meracuninya. Dia membawa buku catatan dan menunjukkan padaku bahwa agen rahasia dikirimkan kepadanya untuk menyelamatkannya dan akan membawanya keluar dari lapas apabila situasi sudah aman.

Pada kunjungan yang kelima, saat obat diharapkan sudah lebih membuatnya stabil, aku mencoba teknik *grounding* agar dia dapat mengembalikan dirinya *Here and Now* sebelum memulai psikoterapi dengan teknik Kognitif-Perilaku. Menurut banyak riset, teknik kognitif perilaku ini dapat efektif diberikan untuk orang dengan gangguan delusional. Butuh dilakukan beberapa kali dalam setiap sesi untuk mengembalikan fokusnya. Kami kemudian membahas tentang bagaimana merawat kesehatan psikis dan fisiknya. Mulai dari soal makanan, olah raga dan kegiatan yang menjadi hobinya yang masih bisa dilakukannya. Kami mulai mendiskusikan 'pekerjaan rumah' yang perlu dia lakukan di antara waktu

pertemuan yang satu dengan berikutnya. Ternyata dia memutuskan akan belajar kosa kata, dan membuat target akan bertambah 20 sampai 25 kosa kata baru setiap kali pertemuan. Meskipun baginya tujuan belajar kosa kata untuk dapat memahami pembicaraan 'musuh' yang ada dalam delusinya, yang terpenting di sini adalah membuat kesibukan positif bagi dirinya. Hal ini akan menuntutnya untuk lebih banyak kontak realita. Kemampuan memorinya sangat baik. Dalam beberapa kali pertemuan tercatat bahwa dia mampu memenuhi targetnya untuk menambah kosa kata. Kosa katanya bertambah terus.

Dari rekam psikologis pada tiap kunjungan yang kami lakukan dua kali seminggu, keadaan psikologisnya memang sangat tidak stabil selama satu bulan pertama. Bulan kedua, tampaknya dia mulai merasakan adanya kebutuhan akan sesi-sesi pendampingan psikologis. Dia selalu menunggu dan sudah siap saat waktu pendampingan sesuai jadwal yang disepakati. Karena kontrak kami hanya untuk 10 minggu pendampingan, maka kami harus melakukan terminasi dengan berbagai catatan.

Tahun 2014 pihak ketiga yang bertindak sebagai walinya memintaku untuk kembali mendampinginya. Kondisi psikologisnya ternyata lebih buruk dari sebelumnya. Kontak realitanya makin buruk dan rawat dirinya juga berkurang dibanding sebelumnya. Yang dapat kulakukan adalah merekomendasikan agar dia mendapat fasilitas rawat inap rumah sakit untuk gangguan jiwanya. Bukan hanya gangguan delusional tetapi menurutku sudah masuk pada skizofrenia paranoia.

Pada tahun 2015 saat dilaksanakan eksekusi atas dirinya, aku tidak mendapat tugas mendampinginya, dan tidak mengetahui secara pasti bagaimana kondisinya.

Catatan Reflektif

Kasus 3 tersebut menunjukkan bahwa seorang WBP dapat menderita gangguan jiwa dalam proses menjalani hukuman. Gangguan Jiwa yang terjadi pada WBP dalam Kasus 3 tidak terjadi di awal masa penahanan, meskipun menurut keluarganya dia pernah menjalani terapi. Kenyataan bahwa dirinya

divonis hukuman mati, menjadi pemicu kekambuhan gangguan jiwanya. Dia masuk ke dalam dunia delusinya yang membuat dirinya merasa terlindungi, sehingga perilakunya kerap dibawah pengaruh dari pikiran dan emosi yang kurang kontak terhadap realitas. Respon perilaku yang dipengaruhi oleh situasi halusinasi dan delusi dapat memiliki risiko bahaya. Kemungkinan keberbahayaan dapat berupa perilaku bunuh diri atau sebaliknya melakukan kekerasan terhadap orang lain akibat simtom gangguannya.

WBP dengan keadaan mental yang termasuk pada golongan Orang dengan Gangguan Jiwa membutuhkan intervensi berkesinambungan jangka panjang. Diperlukan satu bentuk intervensi psikologi khusus bagi WBP dengan gangguan jiwa agar tidak sampai membahayakan dirinya atau WBP lain, termasuk petugas. Di samping itu perlu ditetapkan regulasi yang memastikan dilakukannya pengukuran kompetensi psikologis terpidana untuk dieksekusi mati. Sepanjang informasi yang ada dalam proses eksekusi mati, di Indonesia belum pernah dilakukan pengukuran tersebut sebagai bagian dari sistem. Hal ini menurut penulis sangat penting untuk memastikan apakah WBP memiliki kesadaran dan pengetahuan cukup bahwa dirinya akan dieksekusi mati terkait dengan pelanggaran hukum yang dilakukannya.

Simpulan dan Saran

Dari tiga kisah pendampingan tersebut dapat disimpulkan bahwa: (1) pidana mati dijatuhkan pada terpidana dengan kejahatan narkoba yang termasuk dalam kejahatan luar biasa; (2) situasi psikologis WBP tidak sama antara satu dengan lainnya karena masing-masing memiliki subjektivitas pengalaman hidup, keterampilan, dan sumber daya serta dukungan sosial yang berbeda; (3) tidak semua WBP dengan serta merta memiliki tilikan (*insight*) terhadap situasinya sebagai terpidana mati; (4) WBP mengalami ekskalasi ketidakstabilan psikologis pada saat mengetahui akan segera ada eksekusi pidana mati atas dirinya; (5) mengingat situasi psikologis WBP tersebut, dibutuhkan

adanya pendampingan psikologis untuk menjaga kesehatan mentalnya sekaligus memenuhi hak untuk dihargai kemanusiaannya; (6) pendampingan akan lebih bermakna dan berdaya guna apabila dilakukan secara berkesinambungan, bukan hanya satu kali pertemuan saat eksekusi mati sudah diagendakan, terlebih pada WBP yang belum memiliki *insight* atau kepribadiannya tidak stabil; (7) tugas utama dalam pendampingan adalah membantu proses hukum dari aspek mental atau psikologis WBP; tugas psikolog forensik adalah termasuk menyiapkan dan mendukung kesehatan mental WBP untuk meminimalkan kemungkinan risiko adanya agresi ke dalam, yaitu kemungkinan tindakan bunuh diri, atau agresi keluar, yaitu menyakiti atau melukai orang lain; (8) psikolog yang diberikan tugas mendampingi kesehatan mental WBP terpidana mati seyogyanya adalah psikolog yang memiliki kompetensi psikolog forensik dengan latar belakang psikologi klinis; hal ini penting agar dalam menjalankan tugas, di samping memiliki ketrampilan intervensi juga mampu menjaga objektivitas dan pemenuhan aspek hukumnya; (9) karena dimungkinkan terjadinya *shock* atau trauma sekunder akibat pendampingan, Psikolog yang bertugas penting untuk memiliki kemampuan perawatan psikologis diri sendiri; (10) jika Lapas tidak memiliki psikolog dengan kualifikasi psikolog forensik kiranya dapat bekerjasama dengan rumah sakit setempat atau memberikan pendidikan dan pelatihan bagi psikolog di bawah naungan Kementerian Hukum dan HAM serta memberikan kesempatan untuk psikolognya mengikuti uji kompetensi sebagai upaya sertifikasi kompetensi; (11) Jika eksekusi dilaksanakan di masa kenormalan baru akibat pandemik Covid-19, maka pelaksanaannya wajib mengikuti protokol kesehatan yang berlaku.

Melihat pada relasi antara hukuman mati dengan penjeraan, pertanyaannya adalah penjeraan untuk siapa? Bagi terpidana, hidupnya sudah selesai pada saat eksekusi mati dijalankan atas dirinya. Artinya, penjeraan untuk tidak mengulangi lagi tindak pidananya untuk dirinya memang tercapai. Namun demikian, apakah pidana mati tersebut kemudian akan memberikan efek jera kepada pihak lain yang berpotensi melakukan tindak pidana serupa?

Jika ditinjau dari aspek psikologis, setidaknya ada beberapa hal yang dapat didiskusikan dari proses pendampingan yang dilakukan penulis. *Pertama*,

orang lain yang tidak pernah kontak dengan terpidana mati selama menjalankan hukumannya, tidak akan mengetahui secara persis sehingga tidak dapat dipastikan akan turut merasakan penderitaan psikologis sebagai terpidana mati. Eksekusi mati berpotensi hanya membuat tercengang beberapa waktu setelah proses eksekusi kemudian cenderung akan dilupakan. Hal yang akan menjadi pertimbangan perilaku seseorang adalah bagaimana situasi yang terjadi dekat dengan dirinya dibanding yang jauh dengan dirinya dan sudah tidak ada gaungnya lagi. Menurut teori '*simple model of rational crime*' yang dikemukakan oleh Becker (1968), kriminal kelas bawah kerap hanya melakukan model sederhana untuk mempertimbangkan tindak pelanggaran hukumnya, yaitu hanya tergantung pada pertimbangan untung rugi tanpa pertimbangan benar salah. Apabila hasilnya akan lebih banyak menguntungkan dibanding kerugiannya maka pada orang dengan kepribadian pelanggar atau orang yang sedang terdesak, hal itu akan dapat mendorong terjadinya perilaku pelanggaran termasuk pelanggaran hukum. Pada kriminal level 'kakap' menurut Carrol (1982), mereka lebih banyak menggunakan pendekatan rasional analitis. Kejahatan dilakukan sebagai realisasi keputusan yang diambil dengan turut sertanya beberapa faktor seperti keuntungan subjektif, mempertimbangkan fungsi dari peluang dan kesempatan berhasil, untung ruginya, serta kemungkinan akan tertangkap, dan bukan jenis pidana apa yang bakal mengancamnya. Artinya, perlu dikaji kembali efektivitas pidana mati yang dimaksudkan sebagai fungsi penjeraan bagi calon pelaku pidana sejenis.

Kedua, Lembaga Pemasyarakatan memiliki fungsi koreksi perilaku. Sekalipun kejahatannya adalah kejahatan luar biasa, jika WBP kemudian sudah membuktikan adanya proses koreksi terhadap perilakunya karena keberhasilan intervensi yang dilakukan lapas, perlu menjadi diskusi dan dipikirkan bersama satu mekanisme pengukuran risiko keberbahayaan residivistik atas dirinya sebagai pertimbangan dan evaluasi terhadap vonis mati yang sudah dijatuhkan.

Ketiga, di Indonesia, hukum sudah spesifik mengatur pemeriksaan fisik sebelum WBP menjalani eksekusi mati, namun pemeriksaan kesehatan jiwa dan keadaan psikologis WBP belum masuk dalam sistem sebagai prasyarat. Pada kasus yang ketiga, meskipun penulis mendampingi jauh hari sebelum eksekusi

mati atas dirinya, gangguan jiwa yang terjadi pada dirinya sudah teridentifikasi. Jika dalam proses eksekusi tersebut, WBP masih berada dalam gangguannya maka dapat dimaknai bahwa yang bersangkutan tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya. Akibatnya memicu banyak kecaman dan tuduhan miring dari beberapa negara di dunia terhadap hukum di Indonesia. Dalam hal ini, penulis menyimpulkan pentingnya pemeriksaan psikologi forensik dalam hal Kompetensi Menjalankan Proses Eksekusi Mati. Dengan demikian supremasi hukum akan lebih tegak dihargai karena memberikan penghukuman pada orang yang memang paham bahwa dirinya sedang menjalankan kewajiban hukum dan layak dihukum.

Daftar Acuan

Becker G. S. (1968). Crime and punishment: An economic approach. Dalam N. G. Fielding, A. Clarke, & R. Witt (Eds.), *The economic dimensions of crime*. Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1007/978-1-349-62853-7_2

Carrol, J.S. (1982). Commiting A Crime. The Offender Decision. San Fransisco.

detikNews. (2015, April 23). Ini dia 5 alasan hukuman mati berlaku di Indonesia. https://news.detik.com/berita/d-2895716/ini-dia-5-alasan-hukuman-mati-berlaku-di-indonesia

Heriyanto, D. S. N., & Gui, H. (2016). Death penalty legislation in China and Indonesia under international human rights law perspective. *Jurnal Hukum Ius Quia Iustum, 23*(4), 576 – 592. https://journal.uii.ac.id/IUSTUM/article/view/7627

Kusumowardhani, R. (2000). *Intervensi Psikologi sebagai Upaya Koreksi Perilaku*. Disampaikan dalam peringatan Hari Bhakti Pemasyarakatan di Nusakambangan.

Kusumowardhani, R. (2012). *Intervensi Warga Binaan Pemasyarakatan Kasus Korupsi*. Makalah disampaikan pada Workshop dalam Temu Ilmiah Nasional Asosiasi Psikologi Forensik.

Kusumowardhani.R (2013). *Sharing & Diskusi Peran Psikologi Forensik di Lembaga Pemasyarakatan.* Disampaikan dalam seminar di Fakultas Psikologi UGM. Yogyakarta.

Kusumowardhani, R. (2015). Catatan Praktik.Tidak diterbitkan.

Kusumowardhani, R., & Probowati, Y (2015). Psikologi dalam Lembaga Pemasyarakatan. Dalam *22 Gagasan Psikologi. Sumbangan Pemikiran untuk Bangsa*. Suara Pena Himpsi. PT. Elex Media Komputindo. Kompas. Gramedia. https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1190858

Reni Kusumowardhani. *Forensic Psychology and Mental Health: The Story of Psychological Assistance to Three Prisoners of Pre-Executed Death Penalty.* *In the legal and regulatory system in Indonesia, the death penalty is still applied for extraordinary crimes. The role of forensic psychologists in conducting pre-execution psychological interventions is unique. Psychologist having to pay attention to mental health of inmates, and also pay attention to existing legal aspects. The competence of a forensic psychologist is needed in accordance with the forensic psychologist competency scheme, especially the competency unit to intervene Inmates in Correctional Fasilities who have been approved by the National Professional Certification Agency through the Indonesian Psychology Professional Certification Institution. Three stories of assisting death row inmates carried out by the author are presented to describe the psychological situation of the death row inmates and how the execution of the convicted death row inmates with mental disorders. Also discussed the death penalty as a deterrent effect, and the possibility of carrying out a forensic psychological evaluation in order to see the psychological competence of the convicted person to carry out executions or competency for execution.*

Bab 9. Pengasuhan dan Kesehatan Mental Anak

Khadhra Ulfah

Pengantar: Kesehatan Mental

Dewasa ini, pentingnya menjaga kesehatan tidak lagi sebatas menjaga kesehatan fisik. Pentingnya menjaga kesehatan mental juga telah disuarakan dalam beberapa dekade terakhir di seluruh dunia, meskipun kesehatan mental masih dalam perjalanan yang panjang untuk dapat terlepas dari stigma yang menyertainya. Tseng (2004) menjelaskan bahwa berbeda dengan budaya Barat, yang bertemu psikoterapis dianggap sebagai cara yang umum untuk menangani masalah dalam hidup, di beberapa budaya Asia, bertemu seorang psikoterapis cenderung tidak diinginkan karena adanya kemungkinan penyakit mental distigmatisasi (Marthoenis *et al*, 2016; Tseng, 2004). Hal ini yang membuat masyarakat Indonesia cenderung ragu untuk mencari bantuan psikologis (Ampuni, 2015). Tidak hanya itu, kurangnya kesadaran masyarakat Indonesia akan kesehatan mental, yang cenderung mengejek atau bahkan merundung orang yang mengungkapkan rasa frustrasinya, melabeli mereka "lemah" atau bereaksi berlebihan/"lebay", dapat memperburuk situasi dan kondisi mereka yang terkadang menyebabkan konsekuensi yang tidak dapat diperbaiki dan berbahaya (Mustikasari, 2017).

Menurut *American Psychological Association* (APA, 2020), kesehatan mental didefinisikan sebagai keadaan pikiran (*state of mind*) yang ditandai dengan adanya kesejahteraan emosional, penyesuaian perilaku yang baik, terbebas dari kecemasan dan gejala disabilitas lainnya, serta memiliki kapasitas untuk membangun hubungan yang konstruktif dan mengatasi tuntutan dan tekanan hidup sehari-hari. Sementara itu, *World Health Organization* (WHO, 2004) menjelaskan bahwa kesehatan mental merupakan suatu keadaan sejahtera yang menunjukkan individu menyadari kemampuan yang dimilikinya, dapat

mengatasi tekanan dalam kehidupan sehari-hari, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi bagi komunitas. Menjaga kesehatan mental telah diketahui tidak hanya penting bagi orang dewasa, namun juga bagi anak dan remaja. Meningkatkan kesehatan mental juga penting bagi anak dan remaja karena memiliki masalah kesehatan mental di masa kanak-kanak atau remaja terbukti meningkatkan risiko mengalami masalah kesehatan mental saat dewasa. Mayoritas masalah kesehatan mental diketahui dimulai pada masa kanak-kanak dan remaja, dengan 75% orang dewasa dengan gangguan kesehatan mental mengalami *onset* sebelum usia 24 tahun (Kessler *et al*, 2005).

Kesehatan Mental dalam Konteks Anak dan Remaja

Williams *et al.* (1995) menjelaskan bahwa kesehatan mental pada anak-anak dan remaja ditunjukkan oleh komponen-komponen berikut:

1. Kapasitas untuk masuk dan mempertahankan hubungan pribadi yang saling memuaskan.
2. Kemajuan yang berkelanjutan dalam perkembangan psikologis.
3. Kemampuan untuk bermain dan belajar sehingga pencapaiannya sesuai dengan usia dan tingkat intelektual.
4. Rasa moral yang berkembang tentang benar dan salah.
5. Tingkat tekanan psikologis dan perilaku maladaptif masih dalam batas normal untuk usia dan konteks anak.

Sementara itu aspek tambahan dari kesejahteraan emosional meliputi:

1. Kapasitas untuk menggunakan dan menikmati kesendirian (*solitude).*
2. Empati dan kesadaran akan perasaan orang lain.
3. Melanjutkan perkembangan emosional, intelektual, dan spiritual.
4. Mampu belajar dan mendapatkan manfaat dari adanya rintangan dan masalah yang dihadapi.

Berdasarkan penjelasan tersebut, Spender, Barnsley, Davies, dan Murphy (2018) menyimpulkan bahwa masalah kesehatan mental anak dan remaja

merupakan kesulitan atau disabilitas di area tersebut yang mungkin timbul dari sejumlah faktor bawaan (kongenital), konstitusional, lingkungan, keluarga, atau faktor penyakit. Untuk dapat dikatakan sebagai gangguan, gejala dari masalah tersebut harus memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam *International Statistical Classification of Diseases* revisi ke-10 (ICD-10) dan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi ke-5 (DSM-5). Pada DSM-5, gangguan mental didefinisikan sebagai sindrom yang ditandai dengan adanya gangguan yang signifikan secara klinis dalam kognisi, regulasi emosi, atau perilaku individu yang mencerminkan adanya disfungsi dalam proses psikologis, biologis, atau perkembangan yang mendasari fungsi mental (APA, 2013). Gangguan mental biasanya dikaitkan dengan adannya *distress* atau disabilitas yang signifikan dalam aktivitas sosial, pekerjaan, atau aktivitas penting lainnya. Singkatnya, gangguan kesehatan mental pada anak-anak memiliki dua komponen utama yaitu (1) masalah pikiran, emosi, dan perilaku berada di luar batas normal untuk usia perkembangan anak, tingkat intelektual dan budaya (*deviance*); dan (2) anak mengalami disfungsi (*impairment*) dalam dalam melakukan kegiatan sehari-hari (Spender *et al*., 2018).

Menurut data epidemiologi global, 13-23% anak-anak dan remaja menderita gangguan mental (Kessler, *et al*., 2012; Polanczyk, 2015). WHO (2020) menyatakan bahwa sekitar 10-20% anak-anak dan remaja mengalami gangguan mental di seluruh dunia. Gangguan kesehatan mental yang sering ditemui pada anak-anak dan remaja yaitu gangguan *obsessive-compulsive disorder* (OCD), kecemasan, depresi, *oppositional defiance disorder* (ODD), *conduct disorder* (CD), *attention deficit hyperactive disorder* (ADHD) atau gangguan perkembangan (*speech/ language delay*, *intellectual disability*) atau *autistic spectrum disorder* (ASD) (Parry, 2005).

Masalah atau gangguan pada anak dapat dikategorikan menjadi *internalized* atau *externalized*. Masalah atau gangguan emosional (mis. kecemasan, depresi) dapat dikategorikan sebagai masalah atau gangguan *internalizing*. Anak dengan masalah *internalizing* biasanya menunjukkan perilaku kontrol yang berlebihan (*overcontrolled*), memiliki regulasi diri yang kaku, dan mengarahkan emosi negatif yang dimiliki ke diri mereka sendiri (Nunes, 2013). Sementara

itu, masalah atau gangguan perilaku (mis. ADHD, CD) dapat dikategorikan masalah atau gangguan *externalizing*. Anak dengan masalah *externalizing* biasanya menampilkan perilaku kontrol diri yang rendah (*undercontrol*) dengan menampilkan perilaku agresif, impulsif, menantang; kurang mampu dalam regulasi diri; dan cenderung mengarahkan emosi negatif mereka ke orang lain (Nunes, 2013). Adanya prevalensi gangguan kesehatan mental yang tinggi pada anak dan remaja dapat mengurangi peluang keberhasilan secara akademis dan sosial serta meningkatkan risiko penyalahgunaan obat-obatan, melukai diri sendiri, dan perilaku bunuh diri di masa yang akan datang (Padmore, 2016).

Studi klinis dan epidemiologi mengenai masalah kesehatan mental anak di Indonesia masih jarang dilakukan. Saputra (2017) melakukan studi literatur ilmiah terkait terkait masalah kesehatan mental anak-anak di Indonesia dan menemukan setidaknya 8 studi dalam publikasi nasional maupun internasional. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dari dua studi yang dilakukan di sekolah dan rumah sakit menunjukkan bahwa anak usia sekolah di Indonesia memiliki gejala emosi yang lebih banyak dibandingkan masalah lainnya, seperti masalah pertemanan, masalah perilaku (*conduct problem*), dan hiperaktivitas. Temuan lainnya dari studi Saputra (2017) yaitu beberapa faktor keluarga diketahui dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan mental pada anak, seperti hubungan keluarga, stress pengasuhan ibu, perilaku pengasuhan ibu, dan depresi ibu. Selain itu, beberapa studi yang berbasis intervensi menemukan bahwa obat antipsikotik atipikal efektif untuk mempertahankan fungsi eksekutif remaja dengan skizofrenia, uji *Stroop* efektif untuk memisahkan ADHD pada anak-anak pra-remaja, dan intervensi *Triple* P (*positive parenting program*) merupakan program yang bermanfaat bagi orang tua dari anak-anak dengan masalah perilaku di Indonesia.

Penyebab dari berbagai masalah emosional dan perilaku pada anak-anak dan remaja tidak dapat diketahui pasti. Beberapa penelitian telah mengidentifikasi berbagai kombinasi predisposisi genetik dan faktor lingkungan yang merugikan dapat meningkatkan risiko berkembangnya masalah/gangguan ini. Pengasuhan (*parenting*) dianggap sebagai faktor risiko utama dalam perkembangan psikopatologi dini (Gardner & Shaw, 2009). Rendahnya tingkat pengasuhan

yang sensitif dan penggunaan disiplin yang keras ditemukan terkait dengan perkembangan masalah perilaku (Miner & Clarke-Stewart, 2008). Sementara itu, pengasuhan orang tua yang cenderung mengontrol dan menunjukkan penolakan (sering mengkritisi, *disapproval*) diketahui terkait dengan perkembangan masalah *internalizing* (Bogels & Brechman-Toussaint, 2006). Mengetahui pengasuhan yang tepat menjadi penting untuk dapat mengetahui bagaimana pengasuhan dapat mendorong kesehatan mental anak.

Pengasuhan dalam Kerangka Teoretik

Peran menjadi orang tua dapat membawa kebahagian dan kegembiraan yang luar biasa bagi kehidupan orang tua. Meski demikian, peran orang tua juga dapat menjadi tantangan. Hal ini dikarenakan penambahan anggota di dalam keluarga dapat mengubah seluruh aspek dalam kehidupan orang tua. Menurut *American Psychological Association* (APA, 2020), praktik pengasuhan di seluruh dunia memiliki tiga tujuan utama yaitu memastikan kesehatan dan keselamatan anak, mempersiapkan anak untuk hidup sebagai orang dewasa yang produktif, dan menyebarkan nilai-nilai budaya. Dalam mempelajari pengasuhan, banyak peneliti menjelaskan pengasuhan dengan mempertimbangkan beberapa istilah yang terkait seperti gaya pengasuhan, dimensi pengasuhan, atau praktik pengasuhan.

Gaya pengasuhan merupakan istilah yang digunakan untuk menjelaskan tipe pengasuhan yang dipelopori oleh Baumrind (1971). Baumrind (1971) memperkenalkan tipologi pengasuhan ke dalam tiga gaya pengasuhan yaitu pengasuhan otoriter (*authoritarian parenting*), pengasuhan otoritatif (*authoritative parenting*), dan pengasuhan permisif (*permissive parenting*). Pengasuhan otoriter, yaitu ditandai dengan orang tua yang cenderung membentuk, mengontrol, dan mengevaluasi perilaku dan sikap anak mereka sesuai dengan standar absolut perilaku yang mereka (Baumrind, 1971). Orang tua cenderung menghargai pentingnya kepatuhan dan memberikan hukuman ataupun tindakan tegas lainnya jika anak melakukan perilaku atau memiliki keyakinan yang bertentangan dengan apa yang dianggap benar oleh orang tua. Mereka juga tidak mendorong adanya pertukaran komunikasi secara verbal,

meyakini bahwa anak harus menuruti apa yang dikatakan karena hal tersebut merupakan hal yang benar (Baumrind, 1971).

Di sisi lain, pengasuhan otoritatif ditandai dengan orang tua yang cenderung mengarahkan aktivitas anak, namun dengan cara yang rasional dan berorientasi pada masalah (Baumrind, 1971). Orang tua dengan pengasuhan otoritatif mendorong adanya komunikasi dan menjelaskan kepada anak alasan di balik peraturan yang mereka tetapkan. Mereka menghargai otonomi dan juga kepatuhan anak terhadap aturan disiplin. Sementara itu, pengasuhan permisif ditandai dengan orang tua yang berperilaku tanpa memberikan hukuman, cenderung menerima, dan bersikap afirmatif terhadap impuls, keinginan, dan perilaku anak (Baumrind, 1971). Orang tua memiliki sedikit tuntutan, tanggung jawab, dan penetapan aturan kepada anak. Orang tua juga tidak menampilkan diri sebagai agen aktif yang bertanggung jawab untuk membentuk atau mengubah perilaku anak mereka. Orang tua cenderung mengizinkn anak untuk melakukan aktivitas atas keinginan mereka sendiri, menghindari adanya kontrol, dan tidak mendorong anak untuk mematuhi aturan yang ditetapkan. Masing-masing orang tua bisa saja memiliki gaya pengasuhan yang berbeda. Perbedaan gaya pengasuhan orangtua diketahui dapat berasal dari kepribadian orang tua, ukuran keluarga, latar belakang orang tua, budaya, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, serta kepercayaan agama (Shulman, 2016). Untuk menciptakan pendekatan pengasuhan yang konsisten, orang tua harus belajar bekerja sama dan menggabungkan berbagai elemen gaya pengasuhan mereka.

Selanjutnya, pada sekitar tahun 1980, Maccoby dan Martin (1983) memperluas teori gaya pengasuhan Baumrind tersebut dengan berusaha menjembatani tipologi Baumrind dan dimensi dari pengasuhan, yaitu dimenasi tuntutan (*demandingness*) dan dimensi dukungan (*supportiveness*). Dimensi tuntutan menjelaskan mengenai banyaknya dan jenis tuntutan yang diberikan oleh orang tua kepada anak, sementara itu dimensi dukungan yaitu menjelaskan kepekaan orang tua terhadap kebutuhan anak-anak dan kemungkinan dukungan yang diberikan oleh orang tua. Berdasarkan kombinasi dua dimensi tersebut, mereka mendefinisikan empat gaya pengasuhan menjadi otoritatif (yaitu, adanya tuntutan dan dukungan yang tinggi); otoriter (yaitu, tuntutan tinggi dan dukungan rendah); *indulgent* (yaitu, tuntutan rendah dan dukungan tinggi);

dan memperluas tipologinya dengan gaya pengasuhan keempat, yaitu gaya pengasuhan *neglectful* (yaitu, tuntutan rendah dan dukungan rendah). Orang tua yang *neglectful* (abai) jarang terlibat dalam praktik pengasuhan anak. Mereka tidak memberikan kehangatan ataupun menetapkan aturan atau tuntutan untuk anak-anaknya.

Lebih lanjut, Darling dan Steinberg (1993) mengusulkan bahwa atribut dari pengasuhan setidaknya terdiri dari dua jenis yang berbeda yaitu gaya pengasuhan (*parenting styles*) dan praktik pengasuhan (*parenting practices*). Gaya pengasuhan didefinisikan sebagai gabungan antara sikap dan perilaku orang tua terhadap anak dan iklim emosional yang diekspresikan dari perilaku orang tua (Darling & Steinberg, 1993). Sementara itu, praktik pengasuhan didefinisikan perilaku spesifik yang digunakan oleh orang tua untuk mensosialisasikan anaknya, seperti strategi pengajaran dan disiplin, keterlibatan di sekolah, *monitoring*, dan sebagainya. Tujuan sosialisasi ini mencakup perolehan keterampilan dan perilaku khusus anak (mis. perilaku yang tepat, keterampilan sosial, dan kemampuan akademis) dan perkembangan anak dari kualitas yang lebih global (mis. keingintahuan, pemikiran kritis, kemandirian, spiritualitas, dan kapasitas untuk mengalami kegembiraan atau cinta). Selain itu, mereka juga berpendapat bahwa untuk memahami bagaimana proses orang tua mempengaruhi perkembangan anak-anak mereka, peneliti harus menjaga perbedaan diantara keduanya (Darling & Steinberg, 1993). Berdasarkan perspektif mereka, praktik pengasuhan diyakini merupakan mekanisme yang memiliki efek langsung pada perkembangan perilaku anak dan karakteristik (seperti perolehan nilai tertentu, atau harga diri. Sementara itu, gaya pengasuhan mempengaruhi perkembangan anak bersifat secara tidak langsung. Pola asuh diketahui mengubah kapasitas orang tua dalam mensosialisasikan anak dengan mengubah efektifitas praktik pengasuhan anak. Dengan demikian, gaya pengasuhan paling baik dianggap sebagai variabel kontekstual yang memoderasi hubungan antara praktik pengasuhan tertentu dan hasil perkembangan tertentu.

Sementara itu, peneliti lain lebih tertarik untuk mengidentifikasi dimensi pengasuhan yang lebih menyeluruh. Terdapat setidaknya dua dimensi besar dari pengasuhan di antara para ilmuwan, yaitu dukungan orang tua (*parental support*) dan kontrol orang tua (*parental control*). Dukungan orang tua

diketahui berkaitan dengan sifat afektif dari hubungan orang tua-anak, yang ditunjukkan dengan adanya keterlibatan, penerimaan, ketersediaan emosional, kehangatan, dan responsivitas (Cummings *et al*. 2000). Sementara itu, dimensi kontrol dibagi lagi menjadi kontrol psikologis dan kontrol perilaku (Barber, 1996; Steinberg, 1990). Kontrol perilaku orang tua terdiri dari perilaku pengasuhan yang mencoba untuk mengontrol, mengelola atau mengatur perilaku anak, baik melalui penegakan aturan dan tuntutan, strategi disiplin, kontrol pemberian *rewards* dan hukuman, atau melalui fungsi pengawasan (Barber, 2002; Steinberg, 1990). Sedangkan kontrol psikologis orang tua berkaitan dengan jenis kontrol yang cenderung mengganggu, yang mana orang tua mencoba memanipulasi pikiran, emosi, dan perasaan anak-anak mereka (Barber 1996; Barber *et al*. 2005).

Selain gaya pengasuhan yang telah disebutkan sebelumnya, terminologi pengasuhan lainnya mulai bermunculan. Salah satunya adalah pengasuhan "helikopter" atau *helicopter parenting*. *Helicopter parenting* mulai diperkenalkan oleh Cline dan Fay pada tahun 1990 di dalam buku "*Parenting Teens with Love & Logic*". *Helicopter parenting* digambarkan sebagai pengasuhan orang tua yang "melayang-layang" di sekitar anak untuk melindungi anak setiap kali masalah muncul (Cline & Flay, 2006). *Helicopter parenting* umumnya dianggap sebagai pengasuhan orang tua yang cenderung terlalu terlibat (*over-involved*) dan terlalu megontrol (*over-controlling*) anak mereka. Selain itu, istilah *attachment parenting* (AP) juga mulai dikenalkan oleh sejumlah penelitian dan praktisioner di awal tahun 1998. Menurut Sears dan Sears (2001), inti dari *attachment parenting* yaitu orang tua belajar membaca isyarat-isyarat bayi dan merespon isyarat tersebut dengan tepat. Mengasuh anak dalam pandangan ini berpusat pada anak dan tidak berpusat pada orang tua. Yang paling penting dalam *attachment parenting* bukanlah perilaku spesifik apa yang dilakukan oleh orang tua kepada anak, namun apakah perilaku tersebut responsif atau tidak terhadap isyarat dari bayi.

Kaitan antara Pengasuhan dengan Kesehatan Mental Anak dan Remaja

Penetapan masalah atau gangguan kesehatan mental anak dan remaja sangat mempertimbangkan usia perkembangan. Adanya keterlambatan atau gangguan dalam perkembangan awal anak dapat menjadi tanda penting adanya

masalah. Informasi tersebut dapat digunakan oleh orang tua untuk segera melakukan sesuatu sebelum suatu masalah berkembang menjadi gangguan. Secara umum, perkembangan dapat meliputi beberapa area utama yaitu perkembangan fisik dan biologis, perkembangan kognitif dan bahasa, perkembangan sosial dan emosional. Pada setiap tahap perkembangannya, anak akan melalui serangkaian perubahan pada seluruh area perkembangan tersebut. Pola asuh yang sesuai dengan tahap perkembangan sangat diperlukan agar orang tua dapat mendorong, mengakomodasi, dan memenuhi kebutuhan mereka sesuai dengan perubahan perkembangan anak serta menjaga kesehatan mental mereka.

Pengasuhan pada Masa Bayi dan Balita

Masa bayi adalah periode rentang kehidupan yang dimulai setelah kelahiran hingga anak berusia 1 hingga 1½ tahun. Peristiwa perkembangan yang terjadi pada masa bayi merupakan hasil dari proses maturasi, seperti perubahan proporsi tubuh, struktur dan fungsi fisiologis, serta perkembangan keterampilan fisik tertentu seperti berjalan dan kemampuan berbicara (Bigner & Gerhardt, 2014). Selain itu, peristiwa perkembangan lainnya lebih bersifat psikologis. Pada masa bayi ini, mereka sangat bergantung pada orang lain dalam merespon segala kebutuhannya baik kebutuhan fisik, seperti kebutuhan "sandang, pangan, dan papan", maupun kebutuhan emosional seperti hidup dalam hubungan yang penuh kasih, hangat, dan suportif. Bayi belajar untuk mengalami, mengatur, dan mengekspresikan emosi dalam konteks hubungan yang mendukung dengan orang dewasa yang mampu membaca dan menanggapi isyarat dan kebutuhan mereka (Shulman, 2016).

World Association of Infant Mental Health mendefinisikan kesehatan mental bayi sebagai kemampuan untuk berkembang secara fisik, kognitif, dan sosial dengan cara yang memungkinkan mereka untuk dapat menguasai tugas-tugas utama perkembangan tanpa adanya gangguan serius yang disebabkan oleh peristiwa kehidupan yang berbahaya (Osofsky & Fitzgerald, 2000). Kesehatan mental bayi didasarkan pada asumsi bahwa pencapaian dari tugas perkembangan dapat memengaruhi perkembangan dan perilaku dan perkembangan di kemudian hari (Bornstein, 1989).

Pengasuhan yang utama dalam mendukung kesehatan mental pada masa ini sangat tergantung pada orang tua yang responsif. Dengan demikian, *attachment parenting* dapat sangat berguna untuk mendorong kesehatan mental pada masa ini. Tugas dan tanggung jawab orang tua diantaranya, yaitu (1) mendorong keterikatan (*attachment*) yang aman dan *secure*; (2) mengasuh dengan penuh perhatian dan mendidik; (3) memberikan stimulasi yang adekuat untuk mendorong perkembangannya; (4) jeli dan tanggap terhadap isyarat yang diberikan bayi; (5) memastikan tersedianya aktivitas yang menarik bagi anak; (6) menetapkan rutinitas yang bisa diprediksi; dan (7) menetapkan pola tidur (Sanders & Morawska, 2018). Anak memasuki tahap balita ketika ia berusia 1 ½ tahun – 2 tahun. Pada masa ini, pengasuhan orang tua lebih meningkatkan unsur struktur. Tugas dan tanggung jawab orang tua pada masa ini, yaitu (1) gunakan pujian untuk mendorong perilaku yang diinginkan; (2) menggunakan pengajaran insidental untuk mempromosikan bahasa dan komunikasi anak; (3) mendorong anak untuk melakukan sesuatu untuk dirinya sendiri; (4) meningkatkan interaksi positif dengan saudara kandung (*siblings*); (5) memupuk kerjasama dengan instruksi orang dewasa dan aturan yang sesuai usia; dan (6) menetapkan rutinitas disiplin yang konsisten dan dapat diprediksi untuk perilaku yang tidak diharapkan (Sanders & Morawska, 2018).

Pengasuhan pada Masa Prasekolah

Ketika anak berusia diantara 3 sampai 6 tahun, anak memasuki periode perkembangan prasekolah. Masa prasekolah ini juga dikenal sebagai masa anak usia dini. Tantangan utama bagi orang tua pada masa ini yaitu menyesuaikan pengasuhan dengan karakteristik kepribadian anak yang semakin terlihat (Bigner & Gerhardt, 2014). Anak prasekolah cenderung memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, cukup cepat dalam mempelajari banyak hal, dan terkadang mulai terlihat "menguji" aturan-aturan yang ditetapkan oleh orang tua. Selain itu, kemampuan komunikasi dan interaksi sosial mereka juga berkembang pesat. Adanya keterampilan bahasa, serta meningkatnya kemampuan sosial, emosional, kognitif, dan fisik, berkontribusi pada kemampuan anak dalam mengekspresikan

inisiatif (Bigner & Gerhardt, 2014). Masa prasekolah merupakan tahap perkembangan yang kritis sebagai fondasi tahap perkembangan selanjutnya.

Pengasuhan pada masa prasekolah mulai beralih ke metode yang bersifat verbal dan psikologis. Orangtua juga mungkin mulai menggunakan penalaran dan arahan verbal dalam berinteraksi dan menetapkan aturan kepada anak-anak mereka. Orang tua sebaiknya merumuskan aturan yang mendorong perilaku sehat baik untuk orangtua maupun anak (Bigner & Gerhardt, 2014). Aturan yang ditetapkan dapat bersifat "dapat dinegoisasikan" (*negotiable*) atau aturan yang "tidak dapat dinegoisasikan" (*nonnegotiable*). Aturan yang tidak dapat dinegoisasikan biasanya yang terkait dengan keselamatan anak (misalnya anak boleh bermain di halaman rumah, namun tidak di jalan raya"). Aturan yang dapat dinegoisasikan dapat berupa pilihan makanan. Proses negoisasi dalam aturan dapat membantu mengajari anak-anak bagaimana berpikir dan menggunakan diskusi sebagai sarana resolusi konflik (Bigner & Gerhardt, 2014). Selain itu, tugas dan tanggung jawab orang tua pada masa ini, yaitu (1) mendorong kecintaan belajar melalui buku; (2) memfasilitasi interaksi dengan saudara dan teman sebaya; (3) mempersiapkan anak untuk berhasil melakukan transisi ke sekolah; dan (4) berkomunikasi dengan baik dengan guru anak (Sanders & Morawska, 2018).

Tanggung jawab orang tua lainnya yaitu menciptakan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan emosi yang sehat dan *self-esteem* yang positif (Bigner & Gerhardt, 2014). Hal ini dikarenakan masa prasekolah merupakan masa yang sangat penting dalam menetapkan fondasi untuk *self-esteem*. Pola asuh *toxic*, yang dapat menghancurkan emosi dan *self-esteem* anak, yaitu termasuk meremehkan, mengejek, ataupun menyindir. Gaya pengasuhan otoriter pada anak prasekolah ditemukan mengarah pada anak yang patuh, namun cenderung memiliki kebahagiaaan, kompetensi sosial, dan *self-esteem* yang rendah (Shulman, 2016). Di sisi lain, gaya pengasuhan otoritatif cenderung menghasilkan anak yang bahagia, berkompeten, dan sukses (Maccoby, 1992 dalam Shulman, 2016). Anak-anak dari orang tua yang permisif sering kali sangat rendah dalam kebahagiaan, regulasi diri, dan prestasi sekolah. Pola asuh *neglectful* diketahui dapat mengakibatkan anak cenderung kurang mampu dalam meregulasi diri,

kurang kompeten secara sosial, dan memiliki *self-esteem* yang rendah. Adanya penggunaan hukuman fisik oleh orang tua diketahui juga memiliki efek buruk pada penyesuaian sosial dan perilaku anak (Davidov & Khoury Kassabri, 2013). *Self-esteem* diketahui tidak hanya berkaitan dengan masalah emosional, tetapi juga masalah atensi (Henriksen *et al*., 2017).

Pengasuhan pada Masa Kanak-kanak Tengah

Masa kanak-kanak tengah dimulai ketika seorang anak memasuki sekolah pada usia sekitar 6 atau 7 tahun dan berlanjut hingga sekitar usia 12 tahun. Pada masa ini, anak juga mulai memasuki tahapan pubertas. Pada masa ini, ekspektasi orang tua kepada anak mereka cenderung lebih besar. Anak diharapkan mengalami peningkatan kedewasaan dan mengembangkan tanggung jawab, memiliki pengalaman akademis yang berhasil, mampu menguasai keterampilan akademik (Bigner & Gerhardt, 2014). Selain itu, orientasi anak mulai beralih dari orang tua menjadi lebih berfokus pada teman sebaya dan anak juga mulai mengembangkan *sense of self* (Bigner & Gerhardt, 2014).

Ketika anak memasuki masa kanak-kanak tengah, maka pengasuhan orangtua, semakin bergeser pada tuntutan sosial dan psikologis anak (Bigner & Gerhardt, 2014). Orang tua perlu menjadi penolong psikologis bagi anak. Tugas dan tanggung jawab orang tua lainnya pada masa ini, yaitu (1) menunjukkan minat dalam pembelajaran anak dan berkomunikasi dengan baik dengan guru anak; (2) membantu anak belajar keterampilan manajemen diri; (3) mendorong partisipasi dalam aktivitas fisik dan aktivitas di luar sekolah; (4) membantu anak untuk mengelola emosinya (kecemasan, kekecewaan); serta (5) membantu anak menjadi nyaman dengan identitas gender dan seksualitas dirinya (Sanders & Morawska, 2018).

Pengasuhan pada Masa Remaja

Secara usia kronologis, masa remaja dimulai ketika anak berusia 13 tahun hingga berusia 17 atau 18 tahun. Masa remaja merupakan masa transisi antara masa kanak-kanak dan masa dewasa. Masa remaja umumnya terbagi

atas dua tahap yang berbeda, yaitu masa remaja awal (13 – 16 tahun), yang mencakup masa pubertas dan melibatkan berbagai perubahan fisik yang terkait dengan pematangan seksual; dan masa remaja akhir (16 tahun – 18 tahun), yang melibatkan banyak perubahan dalam psikososialnya (Steinberg, 2010 dalam Bigner & Gerhardt, 2014). Terdapat tiga ciri yang membedakan perkembangan selama masa remaja, yaitu, (1) adanya perubahan fisik dan psikologis yang cepat, yang melibatkan perubahan dramatis dalam proporsi tubuh dan ukuran fisik, kematangan seksual, dan pergeseran kepribadian; (2) emansipasi individu, yang terkait dengan kemandirian sebagai pribadi dewasa dan memikul tanggung jawab penuh; serta (3) cenderung bereksperimen, memiliki idealisme, dan cenderung tidak pasti (Bigner & Gerhardt, 2014).

Gaya dan perilaku pengasuhan harus kembali beradaptasi untuk dapat memenuhi kebutuhan anak yang kini memasuki masa remaja. Remaja biasanya mulai menuntut untuk diperlakukan dengan lebih percaya dan hormat kepada mereka. Cara orang tua dalam memberikan Bimbingan, aturan, dan dukungan sebaikanya dilakukan dengan penuh rasa hormat dan mengakui aspek kedewasaan dan ciri pemikiran remaja yang mulai muncul pada diri anak mereka (Bigner & Gerhardt, 2014). Pada masa ini, tugas dan tanggung jawab orang tua, yaitu (1) mendorong keterampilan kemandirian (misalnya, transportasi, belajar, memasak, mencuci); (2) mendukung remaja untuk memecahkan masalah mereka sendiri termasuk masalah praktis dan sosial; (3) mengajarkan keterampilan untuk membantu remaja mengelola tekanan teman sebaya yang dapat menimbulkan konsekuensi yang tidak diinginkan; (4) mendukung remaja untuk mengembangkan dan mengejar minat rekreasinya; (5) mengajari remaja cara mendiskusikan pendapat dengan tenang dan cara mendengarkan pendapat orang lain dengan rasa hormat; dan (6) mendorong remaja untuk berkontribusi dalam pekerjaan (Bigner & Gerhardt, 2014).

Gaya pengasuhan orang tua diharapkan menjadi lebih otoritatif, kurang otoriter, dan, akhirnya, lebih permisif. Orang tua harus menemukan cara untuk membantu remaja belajar membuat keputusan yang meminimalkan potensi bahaya bagi diri mereka sendiri dan orang lain. Komunikasi antara orang tua dan remaja juga membutuhkan kesabaran dan upaya untuk mencapai fungsi

yang efektif (Santrock, 2009). Orang tua harus secara bertahap melepaskan kendali dan menempatkan tanggung jawab pribadi yang semakin besar kepada remaja sehingga mereka menjadi dapat mengatur diri sendiri. Remaja dalam keluarga dengan pola asuh otoriter diketahui cenderung kehilangan kebutuhan dasar mereka untuk stabilitas, fleksibilitas, dan juga bimbingan (Danesh, 1978). Hal ini dapat berdampak pada munculnya perasaan frustrasi dan marah yang termanifestasi dalam berbagai bentuk, seperti cenderung agresif, menjadi menarik diri dan apatis, ataupun mengembangkan kepribadian otoriter (Danesh, 1978). Sistem keluarga menjadi tidak sehat ketika adanya tuntutan untuk konformitas setiap anggota keluarga untuk memiliki pandangan, keyakinan, nilai, maupun perilaku yang sama (Bigner & Gerhardt, 2014).

Penutup

Kesehatan mental anak dan remaja memang tidak bisa dilepaskan dari tahap perkembangan mereka. Adanya upaya dalam mengetahui karakteristik anak dan remaja sepanjang tahap perkembangan mereka dan orang tua bersedia melakukan adaptasi dalam pengasuhan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis mereka diharapkan dapat menjadi upaya dalam membantu kesehatan mental mereka dan mencegah berkembangnya gangguan mental di kemudian hari.

Daftar Acuan

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Washington, DC: Author

American Psychological Association. (2020). *Mental health.* Retrieved from: https://dictionary.apa.org/mental-health

Ampuni, S. (2015). Developing Culturally-Relevant Counseling In Indonesia. *Buletin Psikologi, 13*(2). doi:http://dx.doi.org/10.22146/bpsi.7479

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology, 4*(1, Pt.2), 1–103. https://doi.org/10.1037/h0030372

Barber, B. K. (1996). Parental Psychological Control: Revisiting a Neglected Construct. *Child Development, 67*(6), 3296. doi:10.2307/1131780

Barber, B. K. (2002). *Reintroducing parental psychological control.* In B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents* (p. 3–13). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10422-001

Barber, B. K., Stolz, H. E., & Olsen, J. A. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method: V. Assessing relevance across culture: Cross-national replications. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 70*(4), 58–72. https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2005.00369.x

Bigner, J. J., & Gerhardt, C. (2014). *Parent-child relations: An introduction to parenting*. NY, NY: Pearson.

Bogels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review,* 26, 834–856. doi:10. 1016/j.cpr.2005.08.001.

Bornstein, M. H. (1989). Sensitive periods in development: Structural characteristics and causal interpretations. *Psychological Bulletin, 105*(2), 179–197. https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.2.179

Cline, F., Fay, J., & Cline, F. (2006). *Parenting teens with love and logic : preparing adolescents for responsible adulthood* / Foster W. Cline and Jim Fay.

Colorado Springs, CO : NavPress

Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process*. New York, NY: The Guilford Press.

Danesh, H. B. (1978). The Authoritarian family and its adolescents. *Canadian Psychiatric Association Journal, 23(7), 479–485.*doi:10.1177/070674377802300709

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin, 113(3), 487–496.* doi:10.1037/0033-2909.113.3.487

Davidov, M., & Khoury-Kassabri, M. (2013). Recollections of harsh discipline in childhood and depressive feelings in adulthood: The roles of culture and gender. *Children and Youth Services Review, 35*(6), 1007–1014. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.03.009

Gardner, F., & Shaw, D. S. (2009). Behavioral problems of infancy and preschool children (0–5). In: Rutter M, Bishop D, Pine DS, et al., editors. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd

Henriksen, I. O., Ranøyen, I., Indredavik, M. S., & Stenseng, F. (2017). The role of self-esteem in the development of psychiatric problems: a three-year prospective study in a clinical sample of adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *11*, 68. https://doi.org/10.1186/s13034-017-0207-y

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62(6), 593.* doi:10.1001/archpsyc.62.6.593

Kessler R.C., Avenevoli, S., Costello E.J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., *et al*. (2012) Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent *Supplement*. *Arch Gen Psychiatry,69(4), 372.* doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.160

Maccoby, E., and Martin, J. (1983). "Socialization in the context of the family: parent-child interaction", in *Handbook of Child Psychology Socialization,*

Personality, and Social Development, Vol. 4, eds. E. M. Hetherington and P. H. Mussen (New York, NY: Wiley), 1–101

Marthoenis, M., Aichberger, M. C., & Schouler-Ocak, M. (2016). Patterns and determinants of treatment seeking among previously untreated psychotic patients in Aceh Province, Indonesia: A qualitative study. *Scientifica, 2016, 1–7.* doi:10.1155/2016/9136079

Miner, J. L., & Clarke-Stewart, K. A. (2008). Trajectories of externalizing behavior from age 2 to age 9: Relations with gender, temperament, ethnicity, parenting, and rater. *Developmental Psychology, 44*(3), 771-786. doi:10.1037/0012-1649.44.3.771

Mustikasari, I. (2017). Let's talk openly about mental health. *The Jakarta Post*. Retrieved from: https://www.thejakartapost.com/life/2017/08/02/lets-talk-openly-about-mental-health.html

Nunes, S. A. N., Faraco, A. M. X., Vieira, M. L., & Rubin, K. H. (2013). Externalizing and internalizing problems: contributions of attachment and parental practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26(3), 617–625.* doi:10.1590/s0102-79722013000300022

Osofsky, J. D., & Fitzgerald, H. E. (2000). *WAIMH handbook of infant mental health (volume 1): Perspectives on infant mental health. Chichester*.UK: Wiley.

Padmore, J. (2016). *The mental health needs of children and young people: Guiding you to key issues and practices in CAMHS*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.

Parry, T. S. (2005). 12. Assessment of developmental learning and behavioural problems in children and young people. *Medical Journal of Australia, 183*(1), 43-48. doi:10.5694/j.1326-5377.2005.tb06892.x

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(3), 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381

Sanders, M. R., & Morawska, A. (Eds.). (2018). *Handbook of parenting and child development across the lifespan.* doi:10.1007/978-3-319-94598-9

Santrock, J. (2009). *Adolescence* (14th ed.). Boston: McGraw-Hill.

Saputra, F. (2017). Mental health problems in Indonesian children: A review study. *Ann Psychiatry Ment Health 5*(4): 1105.

Sears, W. & Sears, M. (2001). *The attachment parenting book*. Boston: Little, Brown and Company.

Shulman, C. (2016). *Research and practice in infant and early childhood mental health*. Switzerland: SPRINGER.

Spender, Q., Barnsley, J., Davies, A., & Murphy, J. (2018). *Primary child and adolescent mental health: A practical guide*. Boca Raton, Fl.: CRC Press.

Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. In S. S. Feldman & G. R. Elliot (*Eds.), At the threshold: The developing adolescent (pp. 255–276*). Cambridge, MA: Harvard University Press

Tseng, W. (2004). Culture and psychotherapy: Asian perspectives. *Journal of Mental Health, 13*(2), 151-161. doi:10.1080/09638230410001669282

Williams R, Richardson G, Kurtz Z, *et al*. (1995). The definition, epidemiology and nature of child and adolescent mental health problems and disorders. In: Health Advisory Service. *Child and Adolescent Mental Health Services: together we stand.* London: HMSO

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary report)*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2020). Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

----

Khadhra Ulfah. *Mental health is not only important for adults, but also for children and adolescents. Understanding mental health in children and adolescents is known to be closely related to how children are able to think, regulate emotions, and behave according to their developmental age. Parenting is known to play a very important role in the development of children and adolescents and is considered a major risk factor in the development of early psychopathology. Thus, knowing proper care for each stage of a child's development not only helps parents to know and fulfill their children' needs, but also helps them to support their mental health.*

Bab 10. Wujudkan Keluarga Tangguh Hadapi Bencana Alam

Rahmatsyam Lakoro & Ike Herdiana

Indonesia, Negeri Rentan Bencana Alam

Kehadiran virus Corona jenis baru pada penghujung tahun 2019 berpotensi menular dan mematikan, menjadi pandemi dunia. Satu bulan setelah pengumuman virus tersebut oleh Pemerintah China, virus ini telah menyebabkan lebih dari seribu kematian di tempat asalnya, Wuhan, Cina. Hingga pertengahan bulan Oktober 2020 ini, Covid-19 telah memunculkan 37 juta kasus di seluruh dunia, dengan korban meninggal dunia sebanyak lebih dari 1 juta jiwa dan data tersebut di Indonesia terus bergerak naik. Beberapa daerah di Indonesia beriisiatif meningkatkan kemampuan suatu wilayah dengan adanya Desa/Kelurahan Tangguh Covid-19. Hal tersebut adalah upaya memutus mata rantai virus ini di unit pemerintahan terkecil. Pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan Covid-19 harus dilaksanakan dengan melibatkan seluruh komponen masyarakat dengan menggali potensi yang dimilikinya. Berbagai upaya ini ditempuh agar masyarakat mampu berperan serta mencegah penularan Covid-19 dan melandaikan kurva pandemi ini.

Kemunculan virus jenis baru ini menjadikan permasalahan bencana yang sebelumnya sudah dihadapi Indonesia menjadi semakin kompleks (World Health Organization, 2020).

Risiko bencana muncul oleh tingginya ancaman bencana, tingginya kerentanan bencana dan rendahnya kapasitas dari pihak-pihak yang menghadapi risiko tersebut. Apabila ancaman bencana merupakan faktor alamiah yang telah terberi pada suatu wilayah, maka pengurangan risiko bencana dapat didekati dengan berupaya menurunkan tingkat kerentanan dan memperbesar kapasitas masyarakat dalam menghadapi bencana.

Kerentanan yang menjadi potensi bencana di Indonesia berkaitan dengan berbagai aspek, diantaranya geologi, lingkungan, geografi dan kependudukan, ekonomi, hingga yang bersifat historis dari peristiwa-peristiwa kebencanaan di masa lampau. Kerentanan itu dapat berupa kerentanan sosial, kerentana fisik dan kerentana ekonomi (Amri et al., 2016). Secara geografis, negara kita berada di daerah pertemuan lempeng Eurasia, lempeng Samudera Pasifik dan Indo-Australia, yang dikenal dengan daerah Cincin Api (*the ring of fire*). Kondisi tersebut menempatkan Indonesia sebagai wilayah yang memiliki risiko bencana, yaitu ancaman bencana alam gempa bumi, baik tektonik maupun vulkanik, serta potensi tsunami secara periodik. Menurut Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), 92% bencana di Indonesia yang tercatat dari tahun 1815 hingga 2017 adalah bencana hidrometeorologi. Bencana tersebut berdampak pada kerusakan infrastruktur, hambatan transportasi di darat dan laut, ketidakamanan energi, fluktuasi produksi pangan, dan kemunduran stabilitas ekonomi (Maarif, 2014).

Pada kajian risiko BNPB tahun 2015 (Amri et al., 2016), disebutkan bahwa jumlah jiwa yang terpapar risiko bencana gempa bumi terbesar berada di Pulau Jawa, dengan nilai aset terpapar di Pulau Jawa melebihi 140 triliun rupiah. Jumlah jiwa terpapar risiko bencana tsunami tersebar di beberapa Pulau dengan jumlah melebihi 4 juta jiwa dan nilai aset terpapar melebihi 71 Triliun rupiah. Jumlah jiwa terpapar risiko bencana erupsi gunung api banyak tersebar pulau Jawa, Bali dan Nusa Tenggara, dengan total seluruh Indonesia melebihi 3 juta jiwa. Jumlah jiwa terpapar risiko bencana banjir tersebar di beberapa pulau dengan jumlah melebihi 170 juta jiwa, dan nilai aset terpapar melebihi 750 triliun rupiah. Jumlah jiwa terpapar risiko bencana tanah longsor tersebar terutama di Pulau Jawa dan Nusa Tenggara, dengan jumlah seluruh Indonesia melebihi 14 juta jiwa, dan nilai aset terpapar melebihi 78 Triliun rupiah. Jumlah lahan terpapar risiko bencana kebakaran lahan dan hutan tersebar terutama di Pulau Sumatera, Jawa dan Kalimantan, dengan jumlah seluruh Indonesia melebihi 14 juta hektar. Jumlah jiwa terpapar risiko bencana cuaca ekstrim (misalnya puting beliung) tersebar diseluruh Provinsi dengan jumlah seluruh Indonesia melebihi 200 juta jiwa.

Kajian itu menunjukkan pada kita semua bahwa betapa seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia berada dalam risiko bencana alam, dengan dampaknya pada lebih dari 200 juta jiwa masyarakat Indonesia. Dampak bencana dapat terjadi di tingkat individu, keluarga, dan komunitas yang lebih besar.

Artikel ini membicarakan dampak bencana di tataran keluarga. Bagaimana keluarga mengambil peran untuk mengurangi resiko ini, bagaimana meningkatkan kapasitas keluarga untuk lebih tangguh menghadapi kerentanan hingga diharapkan memperkecil risiko?

Dampak Bencana Alam bagi Kehidupan Keluarga

Bencana alam membawa dampak yang sangat luar biasa, bagi individu, keluarga, komunitas atau masyarakat. Sebuah penelitian (McDermott & Cobham, 2012) mengungkapkan bahwa bencana dapat memberikan perubahan pada fungsi sebuah keluarga. Tanggapan keluarga bisa berbeda-beda atas kejadian bencana ini, sehingga kondisi kesehatan mental setiap keluarga juga akan berbeda-beda. Bencana juga membawa perubahan pada kondisi keluarga lainnya, seperti gaya pengasuhan orangtua, gangguan pada perilaku anak, dan terjadinya penyalahgunaan zat pada remaja.

Keluarga juga dilaporkan mengalami trauma masal, bahkan pada beberapa keadaan, trauma ini bisa terulang pada keluarga yang sudah berkali-kali mengalami bencana alam. Selain itu, terganggunya hubungan dengan jaringan keluarga dan kerabat juga terjadi dalam skala sederhana hingga kompleks dan berkelanjutan (Ismail et al., 2017). Oleh sebab itu, perhatian terhadap trauma keluarga dan masyarakat yang terkena dampak bencana menjadi sangat penting dengan pendekatan apapun. Pengelolaan kembali jaringan keluarga dan komunitas dapat menjadi sumber daya penting dalam pemulihan trauma. Pemulihan trauma ini dapat dikembangkan dengan baik melalui pendekatan yang lebih positif untuk memberikan *treatment* untuk meningkatkan ketahanan individu, keluarga dan komunitas. Individu dan keluarga yang tanggung dalam menghadapi dampak bencana dan beradaptasi dengan situasi tersebut akan pulih

dalam beberapa waktu, sehingga tidak mengalami gangguan jangka panjang. Intinya, mengelola dampak traumatis akibat kehilangan bagi keluarga akan menjadi sebuah langkah penting yang dapat dilakukan (Ismail et al., 2017). Dengan kondisi-kondisi tersebut, Pandemi Covid-19 tidak membawa dampak bencana yang berasal dari alam saja, tetapi juga akan membutuhkan adaptasi terhadap situasi yang berbeda.

Peran Orangtua Menangani Dampak Bencana Alam bagi Anak

Setiap bencana alam memberikan dampak signifikan terhadap keadaan psikologis yang tidak menguntungkan pada anak. Reaksi yang umum tampak adalah reaksi stres. Bentuk reaksi stres sangat beragam pada setiap kelompok usia anak. Artikel yang ditulis healtychildren.org, (2018) menjelaskan beberapa perbedaan reaksi stres berdasarkan kelompok usia (Tabel 1).

Tabel 1. Reaksi stres berdasarkan kelompok usia

1	Tanda stres pada anak-anak prasekolah	• Bangun dalam keadaan bingung dan ketakutan karena mimpi buruk • Keengganan untuk pergi tidur atau menolak tidur sendirian • Menunjukkan perilaku seperti merengek, mengisap jempol, mengompol, bicara bayi atau takut gelap • Menempel pada orang dewasa lebih dari biasanya • Sering mengeluh tentang penyakit seperti sakit perut • Kehilangan minat melakukan hal-hal yang mereka sukai • Menjadi mudah tersinggung

2	Tanda stres pada anak usia sekolah dasar dan sekolah menengah pertama	• Perhatian terhadap keselamatan mereka sendiri dan keselamatan orang lain di sekolah atau keluarga mereka • Ketakutan irasional • Menjadi sangat kesal tanpa alasan • Mengalami mimpi buruk dan masalah tidur • Mengalami masalah di sekolah, seperti bolos sekolah atau perilaku buruk (misalnya, kehilangan minat, penarikan diri, dan kebutuhan perhatian yang berlebihan) • Mengeluh sakit kepala atau sakit perut tanpa sebab • Kehilangan minat melakukan hal-hal yang mereka sukai • Perilaku mengganggu berupa ledakan kemarahan dan pertengkaran • Menjadi mati rasa terhadap emosi mereka • Mengalami rasa bersalah atau malu tentang apa yang mereka lakukan atau tidak lakukan selama bencana
3	Tanda stres pada anak usia sekolah menengah atas	• Menyadari perasaan mereka terhadap bencana • Merasa takut, tidak berdaya, dan khawatir akan dicap "tidak normal" atau berbeda dari teman atau teman sekelasnya (ini dapat menyebabkan penarikan diri dari pergaulan) • Mengalami rasa malu atau bersalah karena bencana • Mengekspresikan fantasi retribusi (balas dendam) tentang orang-orang yang terkait dengan peristiwa bencana • Kehilangan minat melakukan hal-hal yang mereka sukai • Kesulitan berkonsentrasi • Perilaku impulsif • Mati rasa emosional • Melihat dunia sebagai tempat yang tidak aman

Perhatian pada dampak negatif bencana alam yang dialami anak, dan juga dampaknya pada keluarga secara umum, akan membantu kita mempersiapkan sebuah upaya pemulihan pasca bencana. Faktor stres atau kecemasan, usia anak, jenis kelamin, kondisi penyerta seperti kehilangan anggota keluarga dan trauma sebelum kejadian bencana alam akan mempengaruhi berat ringannya kondisi psikologis anak-anak. Hal tersebut akan membantu kita untuk menargetkan faktor risiko dan mempromosikan faktor pelindung untuk pemulihan emosinya (Salloum & Powell, 2019; Stafford, Schonfeld, Keselman, & Ventevogel, 2016). Berikut beberapa hal yang dapat dilakukan orangtua, atau orang dewasa lain yang dapat membantu memulihkan emosi anak pasca bencana alam menurut Viana, Alfano, & Sharp (2017):

1. Orangtua harus memantau anak-anak dengan cermat selama beberapa waktu setelah bencana terjadi. Dengan adanya dukungan dari orangtua, diharapkan mampu mengurangi reaksi emosional negatif anak.
2. Berikan tanggapan tentang kondisi bencana ini sesuai dengan usia mereka. Untuk memahami bagaimana perasaan anak dan menawarkan dukungan, penting untuk berkomunikasi dengan mereka secara teratur.
3. Ciptakan waktu dan tempat yang aman bagi anak untuk berbicara tentang perasaan atau kekhawatirannya. Akan sangat membantu jika Anda memilih tempat yang tenang dan jauh dari gangguan. Cobalah untuk menghindari berbicara sebelum waktu tidur, karena anak mungkin mengalami kesulitan tidur setelah mendiskusikan kejadian yang tidak menyenangkan.
4. Anak yang lebih kecil mungkin meminta untuk tidur bersama, untuk mengatasi ketakutan berpisah dari orang tua, atau menjadi lebih 'melekat' dari biasanya. Sangat tepat untuk memberikan kenyamanan ekstra ini kepada si kecil untuk sementara waktu untuk membantu mereka merasa aman.
5. Beberapa anak mungkin merasa bersalah setelah kejadian bencana, dan mengalami kesulitan dalam mengekspresikan emosi dan pikiran. Beritahukan mereka bahwa semua pikiran dan emosi baik-baik saja

saat ini dan mereka tidak perlu merasa bersalah karena memiliki emosi tersebut.

6. Anak-anak mungkin juga menyalahkan diri sendiri atas apa yang terjadi. Jelaskan bahwa mereka sama sekali tidak bertanggung jawab atas apa yang terjadi.
7. Yakinkan anak-anak bahwa mereka aman. Meskipun mereka mengalami kerugian besar (misalnya, kehilangan rumah, sekolah atau mainan mereka), jelaskan bahwa sekarang mereka dalam keadaan aman dan kemungkinan kejadian serupa terjadi lagi pada mereka sangat rendah.

Sejalan dengan hal tersebut, diperlukan pemberian pemahaman yang memadai dalam keluarga untuk anak-anak dan remaja yang menjadi anggota keluarga untuk mengikuti protokol kesehatan yang sedang berlaku selama masa pandemi. Upaya lain yang dapat dilakukan orangtua juga tertulis dalam standar layanan kesiapan keluarga menghadapi bencana. Informasi ini khususnya ditujukan agar anak memahami situasi sesungguhnya dan dampak dari bencana terhadap kehidupan manusia. Pengetahuan ini menjadi sangat penting agar mereka memiliki daya antisipasi yang baik agar terhindar dari dampak yang lebih buruk saat bencana terjadi (Utomo & Buana, 2017). Berikut yang dapat dilakukan orangtua:

1. Ceritakan kepada anak bahwa bencana dapat menyebabkan orang terluka, kerusakan serta terputusnya saluran telepon, listrik, dan air. Jelaskan kepada mereka situasi alam seperti musim kering dan musim hujan. Lalu diskusikan mengenai akibat khusus yang terkait dengan bencana tersebut. Berikan contoh kepada mereka tentang beberapa bencana yang terjadi dan menimpa masyarakat. Bantu anak mengenal tanda peringatan bencana yang ada di masyarakat. Upayakan untuk mendiskusikan masalah bencana yang akan menimpa anak. Hal ini dapat mengurangi ketakutan mereka dan sebaliknya, mereka akan tertarik mengetahui bagaimana cara menghadapinya.
2. Anak perlu diajarkan bagaimana dan kapan mereka meminta bantuan.

Ajak anak untuk bersama-sama memeriksa buku petunjuk nomor telepon darurat. Mereka perlu diberi tahu nomor-nomor telepon darurat yang dapat digunakan dan mereka pun dapat memberitahu orang di luar dari rumahnya.

3. Orangtua perlu menjelaskan pada anak ketika mengetahui apa yang terjadi untuk kemudian mempraktikkannya, sehingga setiap anak menjadi lebih baik dan mampu menangani keadaan darurat. Jelaskan mengapa diperlukan kesiapan keluarga menghadapi bencana.
4. Hal lain yang perlu dilakukan adalah mengajarkan anak menggunakan kotak Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K). Ceritakan kepada anak bahwa pada saat bencana, mereka akan dibantu oleh banyak orang.
5. Uraikan kepada mereka tentang cara kerja petugas bencana, polisi, Palang Merah Indonesia, guru, petugas pemadam kebakaran, juga para tetangga mereka.
6. Anak juga perlu diajarkan bagaimana menghubungi anggota keluarga, jika mereka terpisah dari keluarga di suatu daerah bencana. Bantulah mereka untuk menghafal nomor-nomor telepon darurat.

Upaya Mewujudkan Keluarga Tangguh Hadapi Bencana

Fungsi keluarga harus dipertahankan, bahkan ditingkatkan, sebagai penyedia lingkungan pendukung agar semua kegiatan dapat berkelanjutan, seperti sekolah, pekerjaan, fasilitas pengasuhan anak lainnya, layanan kesehatan, kesempatan bermain atau interaksi sosial dan penyediaan kebutuhan dasar dan keamanan (Stafford et al., 2016)

Upaya untuk memperkuat kapasitas keluarga harus menjadi prioritas. Sebuah keluarga yang penuh kasih dan perhatian adalah kunci faktor pelindung dalam memperkuat ketahanan anak dan mendukung pembangunan yang sehat setelah krisis bencana terjadi (Stafford et al., 2016). Berikut gambaran upaya yang bisa dilakukan oleh keluarga untuk memulihkan diri pasca bencana alam menurut UNESCO (2014):

a. Tetap aktif mencari informasi; dapat dilakukan dengan tetap terkoneksi dengan jaringan sosial keluarga seperti kerabat, tetangga dan komunitas. Gunakan teknologi telepon selular (jika masih memungkinkan) untuk mengirim pesan teks atau cara apapun yang lebih hemat dan dapat dilakukan. Pastikan keluarga mengetahui di mana bisa mendapatkan bantuan air, makanan, medis, dan kebutuhan dasar lain. Waspadai rumor dan informasi yang tidak faktual, karena informasi yang salah dapat menyebabkan kebingungan dan bahaya lebih lanjut.

b. Meningkatkan kewaspadaan/kehati-hatian: dapat dilakukan dengan mengatasi luka/cidera sendiri atau dengan bantuan professional. Jika keluarga berlindung di rumah, pastikan bahayanya telah berlalu. Setiap kali keluarga perlu keluar rumah, pastikan lingkungan dalam keadaan aman. Berhati-hatilah dengan masalah keselamatan yang ditimbulkan oleh bencana, seperti jalan rusak, bangunan yang terkontaminasi, air tercemar, kebocoran gas, kaca pecah, kabel listrik rusak, lantai licin, dan lain-lain. Waspadai hewan atau binatang buas. Pastikan rumah aman untuk ditempati sepulang dari pengungsian. Gunakan selalu alat bantu keamanan tubuh. Berhati-hatilah terhadap keamanan remaja putri dan wanita, khususnya jika sedang berada di tempat penampungan atau pengungsian.

c. Bersabar, namun tetap berjuang: pemulihan adalah proses bertahap. Bantuan bisa saja tidak datang cepat, sehingga pengaturan persediaan yang ada harus dilakukan seksama. Meski sedang menjadi korban bencana, kita tetap punya hak hidup kita, misalnya akses terhadap makanan dan minuman, sehingga keluarga perlu tetap berkoordinasi dengan pemerintah atau perwakilannya di setiap wilayah.

d. Berdamai dengan stres pasca bencana alam: menerima situasi sulit ini, menyediakan waktu untuk kesedihan dan pemulihan, mencoba kembali kepada rutinitas, tetap menjaga kesehatan, tidak saling menyalahkan atau merasa paling bertanggungjawab, optimis, ambil waktu untuk beristirahat, berbicara dengan orang lain, berpikir bahwa menjaga kesehatan mental

merupakan hal yang sangat penting dan mencari bantuan professional jika anda dan keluarga membutuhkannya.

Hal yang harus dipahami adalah bahwa bencana seringkali datang tanpa tanda peringatan dan tidak dapat kita prediksikan, sehingga ketika terjadi, hanya menyisakan waktu untuk kita bereaksi (UNESCO, 2014). Berikut merupakan langkah-langkah yang bisa dilakukan untuk membuat rencana kesiapsiagaan keluarga berdasarkan panduan dari UNESCO (2014):

a. Bersama keluarga, luangkan waktu untuk berdiskusi dan pastikan setiap anggota keluarga memiliki suara untuk menyampaikan aspirasinya. Komunikasikan kebiasaan sehari-hari semua anggota keluarga untuk saling diketahui.

b. Identifikasi bahaya dan peringatan bencana. Pikirkan kemungkinan bahaya yang mungkin menyerang di tempat keluarga tinggal dan melakukan aktivitas sehari-hari. Pikirkan apakah setiap anggota keluarga akan mendapat peringatan yang tepat sebelum terjadinya bahaya. Sebaiknya tuliskan dalam bentuk informasi 'di mana, kapan dan bagaimana' untuk menjadi panduan setiap anggota keluarga, terutama anak-anak, agar mengambil tindakan tepat saat bencana terjadi.

c. Amankan rumah keluarga. Gambarlah peta rumah keluarga, cantumkan secara detil letak kotak listrik, saluran gas, sumber air, kompor, dan lain-lain, agar seluruh anggota anggota mengetahui bahwa ini merupakan aktivitas 'pemetaan risiko'. Periksa setiap ruangan di rumah keluarga untuk hal-hal yang dapat membahayakan selama bencana. Pikirkan hal-hal yang dapat membahayakan keluarga saat evakuasi atau yang menghambat proses evakuasi. Buat skenario yang dipahami semua anggota keluarga untuk bertahan, seperti rute evakuasi teraman dari setiap kamar dan area pertemuan yang aman di luar rumah. Tak kalah penting, diskusikan siapa yang bertanggung jawab untuk membantu keluarga yang membutuhkan bantuan selama evakuasi. Pasang peta dengan rute evakuasi di suatu tempat di mana masing-masing anggota keluarga bisa melihat dan mengambil

tindakan aman untuk mengelola isi rumah agar memudahkan melakukan evakuasi. Pertimbangkan untuk mengoordinasikan rencana kesiapsiagaan keluarga dengan tetangga.

d. Siapkan persediaan darurat dan tas kesiapsiagaan yang berisi barang-barang yang bisa mudah dibawa dan berfungsi saat bencana terjadi. Buat daftar nomor telepon penting (layanan ambulans, petugas keamanan, polisi, kerabat, tetangga, dokter hewan, dan lainnya untuk dimiliki semua anggota keluarga. Pastikan anggota keluarga mengetahui di mana tempat berlindung saat evakuasi, berlatih evakuasi dengan jalan kaki atau dengan kendaraan, minimal dua kali dalam setahun. Buat daftar siapa yang bertanggung jawab untuk menjemput anak-anak dari tempatnya aktivitas dan apa yang harus dilakukan semua orang jika penjemputan tidak memungkinkan karena situasi tersebut. Putuskan di mana akan bertemu atau bagaimana menghubungi satu sama lain jika seluruh anggota keluarga terpisah. Bicaralah tentang keterampilan atau pengetahuan bantuan pertama dasar, berenang, memanjat pohon/ pagar, dan lainnya dalam diskusi keluarga anda. Tinjau kembali, dan jika perlu, revisi rencana kesiapan Anda setahun sekali dan setelahnya bencana.

Kesimpulan

Dalam konteks bencana, keluarga memiliki peran vital dan harus berfungsi sebagai faktor pelindung. Keluarga perlu memastikan kesejahteraan emosional anak-anak setelah bencana, terutama yang hubungannya dengan keterikatan yang aman dan berkelanjutan, keterampilan pengaturan diri, serta pemertahanan rasa aman, nyaman dan terhubung dan berada di lingkungan yang suportif.

Mewujudkan keluarga tangguh bencana bisa dilakukan melalui dua aktivitas besar, yakni aktivitas keluarga untuk memulihkan diri pasca terjadinya bencana dan upaya keluarga untuk mempersiapkan diri agar bencana yang mungkin terjadi di waktu mendatang tidak memberikan dampak negatif yang lebih besar (tindakan mitigasi). Rencana kesiapsiagaan keluarga / rumah tangga

adalah salah satu kegiatan yang juga penting sebagai panduan tentang apa yang dilakukan jika terjadi bencana. Tentunya merupakan harapan kita semua, bahwa setiap terjadi bencana, masyarakat semua dalam kondisi minim risiko dampak negatif yang dihasilkan dari kondisi bencana.

Daftar Pustaka

Amri, M. R., Yulianti, G., Yunus, R., Wiguna, S., & Adi, A. W. (2016). *Risiko bencana indonesia (RBI)* (R. Jati & M. R. Amri, eds.). Badan Nasional Penanggulangan Bencana.

healtychildren.org. (2018). *How families can cope with relocation stress after a disaster*. https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/emotional-wellness/Pages/How-Families-Can-Cope-with-Relocation-Stress-After-a-Disaster.aspx

Ismail, R., Bahari, F., & Mutang, J. A. (2017). Strengthening family and community resilience in traumatic flood disasters: Intervention guidelines and model program. *Asia Pacific Journal of Advanced Business and Social Studies*, *3*(2), 148-157. https://doi.org/10.25275/apjabssv3i2bus13

Maarif, S. (2014). *National Disaster Management Plan (Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2015-2019)*. https://www.bnpb.go.id//uploads/renas/1/BUKU RENAS PB.pdf

McDermott, B. M., & Cobham, V. E. (2012). Family functioning in the aftermath of a natural disaster. *BMC Psychiatry*, *12*, 55. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-55

Salloum, A., & Powell, T. (2019). The impact of hurricanes on children and families and interconnected systems. *Journal of Family Strengths*, *19*(1), 2.

Stafford, B., Schonfeld, D., Keselman, L., & Ventevogel, P. (2016). *The Emotional Impact of Disaster on Children and Families*. https://www.aap.org/en-us/Documents/disasters_dpac_PEDsModule9.pdf

UNESCO. (2014). Stay safe and be prepared: A parent's guide to disaster risk reduction. In *UNESCO*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. http://education4resilience.iiep.unesco.org/en/node/909

Viana, A. G., Alfano, C. A., & Sharp., C. (2017). *Psychological impact of natural disasters in children/families*. https://www.uh.edu/class/news/

archive/2017/august-september/natural-disasters-impact-children/

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Covid-19 global epidemiological situation. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201012-weekly-epi-update-9.pdf

----

Rahmatsyam Lakoro & Ike Herdiana. ***Realizing Resilient Families in Facing Natural Disasters.*** *Geographical conditions of Indonesia as a disaster risk area naturally place, namely the threat of natural disasters from earthquakes, both tectonic and volcanic, as well as the potential for periodic tsunamis. The entire territory of The Republic of Indonesia is at risk of natural disasters, with an impact on more than 200 million Indonesians. Disasters have an impact on family life. The role of parents in education and increasing the capacity of families to face disaster risk is important. Various factors of vulnerability and lack of high capacity will increase the risk of disasters, especially for children. The impact of disaster can leave lasting traumatic events, behavioral disturbances in children and adolescents, and relationship disorders in the family. Focus on capacity building will increase the possibility of growing disaster resilient children and families.*

Bab 11. *Strength-Based Parenting:* Pola Asuh untuk Anak Korban *Bullying* di Indonesia

Indy Hurun Ein

Kasus *Bullying* di Indonesia

Pada pertengahan Februari 2020, awal 2020, viral video Cahya Anugraheni, seorang siswi SMP berusia 15 tahun yang di-*bully* oleh tiga siswa berinisial TP (16) dan DF (15) yang merupakan kakak kelas Cahya, serta UHA (15), teman sekelas Cahya. *Bullying* ini terjadi pada pagi hari di ruang kelas 8 salah satu SMP di Purworejo. Awal mula kejadiannya, Cahya yang sedang mengerjakan tugas dimintai uang sebesar Rp. 2000,00 oleh TP dan ia menolak karena sebelumnya ia sudah sering dimintai uang oleh TP dan DF. Karena kesal, mereka memukul Cahya dengan tangan dan gagang sapu, juga menendangnya. UHA, yang tadinya sedang mengerjakan tugas bersama Cahya, ikut menganiayanya. Para pelaku tertawa senang melihat Cahya yang hanya bisa menenggelamkan wajahnya dalam-dalam ke meja kelasnya. Parahnya lagi, TP menyuruh F, kakak kelas Cahya juga untuk merekam aksi *bullying* mereka dan mengambil uang Cahya sebesar Rp. 4000,00, kemudian mengancamnya agar tidak melaporkan kejadian tersebut pada guru di sekolah mereka (Tim Kompas, 2020; Tim Liputan 6, 2020; Tim Tribun Jateng, 2020; Tim Suara Jogja, 2020).

Namun, ibu Cahya yang sedang bekerja pada akhirnya mengetahui video tersebut pada pukul 10.00 pagi dan melaporkan kejadian terebut bersama suaminya ke Polsek Butuh pada pukul 16.00 sore. Ternyata, setelah diusut, ketiga siswa ini sudah sering memaksa Cahya untuk memberikan uangnya karena ia juga merupakan anak berkebutuhan khusus, sehingga membuatnya menjadi sasaran empuk para pelaku *bullying* tersebut. Cahya pun sempat melaporkan hal ini kepada guru di sekolahnya sebelum kejadian yang viral ini. Oleh karena itu, sebenarnya salah satu motif para pelaku *bullying* dalam video yang viral itu juga diakibatkan oleh dendam akibat laporan yang disampaikan oleh CA kepada

guru mereka sebelumnya (Tim Kompas, 2020; Tim Liputan 6, 2020; Tim Suara Jogja, 2020; Tim Tribun Jateng, 2020).

Kasus Cahya di atas hanyalah contoh kecil dari banyaknya kasus *bullying* di Indonesia. Berdasarkan penelusuran media yang dilakukan oleh penulis, Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) mencatat, dalam kurun waktu sembilan tahun, dari 2011 sampai 2019, terdapat 37.381 pengaduan kekerasan anak dan 2.473 merupakan kasus *bullying,* baik secara langsung, maupun melalui media sosial (*cyberbullying)* yang terus meningkat dari tahun ke tahun (Tim KPAI, 2020). Bahkan, berdasarkan hasil Penelitian Siswa Internasional atau *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) *Programme for International Student Assessment* (PISA) pada tahun 2018, sebanyak 41% siswa di Indonesia pernah mengalami *bullying,* setidaknya beberapa kali dalam sebulan dan berada 23% di atas angka rata-rata negara OECD (Tim CNN Indonesia, 2019). Tidak hanya itu, PISA menyatakan, Indonesia menempati posisi kelima tertinggi dari 78 negara OECD sebagai negara dengan murid yang paling banyak mengalami *bullying* (Tim Databoks, 2019).

Angka-angka ini menunjukkan bahwa fenomena *bullying* di Indonesia sudah memasuki level yang mengkhawatirkan. Oleh karena itu, penulis ingin mengangkat topik *bullying* dan melihat dampak psikologis yang diakibatkan, kemudian menawarkan sebuah solusi yang bisa digunakan oleh orang tua korban *bullying* untuk membangkitkan kembali semangat anak dan mengembangkan potensi yang dimilikinya dengan menerapkan *strength-based parenting.* Penulis menawarkan strategi ini karena melihat masih kurangnya penelitian di Indonesia mengenai *strength-based parenting* sebagai cara yang bisa dilakukan oleh orang tua korban *bullying* agar anak tetap mampu mengembangkan potensi yang dimilikinya terlepas dari masa dan pengalaman pahit *bullying* yang sudah dilalui. Terlebih lagi, *strength-based parenting* masih belum banyak diketahui oleh masyarakat Indonesia sebagai model pola asuh selain dari empat pola asuh dari Baumrind yang sangat terkenal, yaitu pola asuh otoriter, otoritatif, permisif, dan abai. Terbukti masih minim penelitian di Indonesia yang mengangkat topik ini dalam ranah psikologi. Penulis berharap, masyarakat, khususnya para orang tua dari anak korban *bullying* di Indonesia mengetahui dan memahami pola asuh

ini, serta menerapkannya dalam lingkungan rumah mereka, sehingga potensi anak bisa berkembang dan tersalurkan dengan baik sebagaimana mestinya.

Siapa Saja yang Biasanya Menjadi Korban *Bullying*?

Sebelum membahas mengenai karakteristik orang yang rentan menjadi korban *bullying,* penulis ingin menjelaskan definisi dari *bullying* terlebih dahulu. *Bullying* atau perundungan adalah perilaku negatif yang ditandai dengan melukai orang lain, baik secara fisik (memukul, menendang, menjambak, dsb.), psikis (mengucilkan, memfitnah, mentertawakan, dsb.), maupun verbal (menghina, memarahi, memaki, dsb,) yang dilakukan oleh satu orang atau lebih secara berulang terhadap orang lain yang lebih lemah secara fisik dan atau pun mental dibandingkan dengan pelaku. *Bullying* memang mirip dengan agresi. Namun, perbedaan di antara keduanya terletak pada intensitas waktu dan korbannya. *Bullying* dilakukan berulang kali dan korbannya adalah orang yang lebih lemah dibandingkan pelaku, sedangkan agresi hanya dilakukan sekali dan atau terhadap orang lain yang kemampuannya bisa saja setara dengan pelaku (Olweus, 1997; Sucipto, 2012),

Karakteristik korban *bullying* umumnya adalah mereka yang mudah merasa cemas, rendah diri, waspada, sensitif, penurut, pasif, dan pendiam. Ketika disakiti oleh orang lain, mereka umumnya bereaksi hanya pasrah atau menangis tanpa perlawanan berarti terhadap pelaku. Jika korban adalah laki-laki, maka umumnya mereka adalah yang secara fisik lebih lemah dibandingkan laki-laki lainnya (Olweus, 1978, dalam Olweus, 1997). Korban *bullying* juga merupakan mereka yang cenderung memiliki rasa kesepian karena kurangnya kemampuan berkomunikasi dan bergaul dengan teman sebayanya (Fernandez & Sinambela, 2019). Perasaan kesepian dan kosong ini juga disebabkan karena beberapa hal lain, seperti trauma di masa lalu, ketidakpuasan terhadap pergaulan dengan teman sebaya, putus asa, tertekan, dan rasa terisolasi. Mereka yang menjadi korban *bullying* juga cenderung menyendiri dan melamun, kurang mampu menikmati kebersamaan dengan orang lain, dan bersikap kaku (Hertinjung & Susilowati, 2014).

Secara spesifik, dari segi kognitif, korban *bullying* cenderung memiliki inteligensi yang rendah. Inteligensi yang rendah membuat mereka lamban dalam mempelajari suatu hal dan kurang mampu belajar dari pengalaman yang diperoleh. Mereka juga umumnya memiliki aksen atau logat yang berbeda dibandingkan teman-teman mereka pada umumnya. Dari segi emosional, mereka memiliki stabilitas emosional yang rendah dan insekuritas yang tinggi, pemalu, mudah cemas, dan regulasi emosi yang cukup buruk (Hertinjung & Susilowati, 2014; Harahap & Saputri, 2019). Dari segi fisik, korban *bullying* memiliki kekurangan, seperti bertubuh gempal atau kurus, berkulit hitam, memakai kawat gigi, dan memiliki gigi yang agak menonjol ke depan, bertubuh pendek dan lemah, juga tidak tampan dan cantik sesuai standar masyarakat pada umumnya (Wulandari & Muis, 2017; Harahap, & Saputri, 2019).

Dampak Psikologis bagi Korban *Bullying*

Ketika kita dihadapkan pada suatu hal yang menyinggung dan menyakiti diri kita, umunya kita merasa gelisah, sedih, dan kecewa. Hal tersebut menjadi respon alamiah bagi manusia. Oleh karena itu, tak dapat dipungkiri lagi bahwa *bullying* memberikan dampak psikologis negatif bagi korban. Bayangkan saja, jika Anda berkali-kali dikucilkan, diejek, dihina, dipukul, dan sebagainya. Apa yang akan Anda rasakan? Apakah Anda akan tetap tertawa lepas setelah hal itu terjadi pada Anda?

Beberapa penelitian sudah membuktikan dampak negatif *bullying* dari sisi psikologis. Pertama, korban *bullying* memiliki *negative automatic thoughts* yang sering kali muncul. *Negative automatic thoughts* adalah pemikiran-pemikrian negatif yang secara tiba-tiba muncul dan disadari oleh individu, mudah sekali ia percaya, dan sulit dihentikan. *Negative automatic thoughts* menyebabkan keyakinan pada diri korban bahwa ia tidak berharga, buruk, lemah, dan lain sebagainya. Selain itu, *negative automatic thoughts* juga akan memunculkan keyakinan bahwa dunia adalah tempat yang tidak aman bagi diri mereka (Khasanah, dkk., 2017).

Korban juga memiliki kepercayaan diri yang rendah. Padahal,

berdasarkan teori hierarki kebutuhan Maslow, kepercayaan diri adalah modal seseorang agar bisa mencapai aktualisasi diri. Aktualisasi diri ini antara lain dapat diwujudkan dengan mengembangkan potensi yang dimiliki oleh diri individu. Namun, korban *bullying* justru memiliki kepercayaan diri yang rendah dan konsep diri yang buruk, sehingga mereka tidak bisa menggali dan mengembangkan potensi positif yang mereka miliki (Busyra, 2018; Kundre & Rompas, 2018).

Korban *bullying* juga mengalami penurunan prestasi belajar di sekolah. Hal ini disebabkan karena mereka sulit berkonsentrasi akibat *bullying* yang dilakukan oleh teman sebaya mereka dan juga menyebabkan mereka sering absen di sekolah. Absensi ini diakibatkan oleh rasa sedih yang mereka rasakan dan rasa takut untuk pergi ke sekolah (Dwipayanti & Indrawati, 2014; Hendrick & Tanga, 2019).

Selain itu, korban *bullying* juga rentan akan *self-esteem* yang rendah. Menurut Coopersmith (1967, dalam Mischel, dkk., 2008) dan Epstein (1973, 1990, dalam Mischel, dkk., 2008), *self-esteem* adalah penilaian subjektif individu tentang keberhargaan dirinya. Menurut Gecas (1982, dalam Cast & Burke, 2002; dan Gecas & Scwalbe, 1983, dalam Cast & Burke, 2002), *self-esteem* memiliki dua komponen utama, yaitu kompetensi dan keberhargaan. Kompetensi adalah derajat penilaian individu mengenai kemampuan yang dimilikinya, sedangkan keberhargaan adalah derajat penilaian individu mengenai penting atau tidaknya, serta berharga atau tidaknya dirinya. *Self-esteem* ini juga dipengaruhi oleh lingkungan sekitar individu dalam memperlakukan dirinya selama masa pembelajarannya untuk mengenal dirinya (Leary, 2002; Leary & Downs, 1995, dalam Mischel, dkk., 2008).

Karena korban *bullying* mendapatkan perlakuan tidak menyenangkan dari orang sekitarnya, khususnya teman, seperti diejek, dikucilkan, dianiaya, dan semacamnya berkali-kali, maka tidak heran jika mereka memiliki *self-esteem* yang rendah. Misalnya, kata-kata para pelaku *bullying* yang mengejek mereka secara berulang inilah yang diinternalisasi oleh korban, sehingga mereka menganggap diri mereka tidak berharga, lemah, juga tidak memiliki kemampuan apa pun. Beberapa penelitian sudah membuktikan hal ini, di antaranya adalah penelitian

yang dilakukan oleh Darney, dkk. (2013), Sekol dan Ferrington (2015), serta Olweus (1994).

Dampak negatif yang cukup besar adalah korban mengalami kecemasan berlebihan dan depresi. Menurut *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder V* (2013), depresi adalah salah satu gangguan psikologis yang secara umum ditandai dengan kesedihan, kekosongan, dan suasana hati yang berantakan dan berlangsung berkepanjangan yang diikuti oleh perubahan-perubahan kognitif dan somatis. Hal ini bisa mengganggu fungsi diri bagi orang yang mengalaminya, baik secara individual maupun sosial.

Beberapa penelitian yang membuktikan depresi sebagai dampak negatif lain dari *bullying* dalah penelitian yang dilakukan oleh Ramadhani dan Retnowati (2013), Kardiana dan Westa (2015), Kidger, dkk. (2015), serta Marela, dkk. (2017). Para korban *bullying* ini mengalami kesedihan berkepanjangan, kecemasan, bahkan yang lebih genting lagi, mereka memiliki pemikiran untuk bunuh diri. Pemikiran ingin melakukan bunuh diri terjadi antara lain karena intensitas *bullying* yang tinggi yang dialami oleh para korban, sehingga mereka merasa sangat tertekan (Kardiana & Westa, 2015). Depresi yang mereka alami juga disebabkan karena gabungan dari beberapa hal yang sudah penulis jelaskan pada paragraf sebelumnya, seperti rasa rendah diri, pemikiran dan keyakinan negatif akan diri, kepercayaan diri yang rendah, dan semacamnya.

Karena banyaknya dampak psikologis negatif pada korban *bullying* ini pula, penulis merasa perlu adanya sumbangan pemikiran untuk mengatasi hal ini. Mengalami *bullying* merupakan hal yang sangat menyakitkan bagi para korban dan tentunya mereka perlu bimbingan serta dukungan dari orang di sekitar mereka, khususnya orang tua untuk menghadapi masa sulit selama dan setelah *bullying* terjadi pada mereka. Oleh karena itu, penulis merasa bahwa *strength-based parenting* sebagai pola asuh orang tua bisa digunakan untuk membimbing anak melalui masa sulit ini.

Strength: Harta yang Luar Biasa dalam Diri Anak

Keterpurukan dan berbagai dampak psikologis dialami oleh anak

korban *bullying.* Ini yang penulis khawatirkan bisa menghambat diri mereka untuk mencapai kebahagiaan dan pencapaian tujuan mereka dalam hidup, juga mengganggu kesehatan mental mereka. Oleh karena itu, mereka perlu mengetahui dan mengembangkan *strength* yang mereka miliki yang ada pada diri setiap manusia agar bangkit dari keterpurukan dan menyongsong lembaran baru kehidupan yang lebih baik. Menurut Waters (2017), *strength* adalah kualitas positif yang ada dalam diri tiap manusia yang mendorongnya untuk mencapai tujuan dan perkembangan diri, juga bermanfaat untuk orang lain. *Strength* bisa merupakan bawaan lahir dan juga hasil bentukan dari lingkungan, serta latihan mandiri yang dilakukan individu.

Menurut Waters (2017), *strength* bisa berupa kemampuan, keahlian, minat, bakat, juga *trait* kepribadian. *Strength* yang berbentuk *trait* kepribadian atau disebut juga sebagai *character strength* merupakan sifat dan karaktersitik yang bermoral dan stabil dalam diri individu. Tidak seperti bakat yang merupakan bawaan lahir, *character strength* bisa dibentuk, diajarkan, dan dilatih, baik oleh individu itu sendiri maupun lingkungannya (Peterson & Seligman, 2004). Oleh karena itu, lagi-lagi, peran orang tua untuk menemukan dan mengembangkan *character strength* anak, khususnya korban *bullying* sangatlah krusial.

Peterson dan Seligman (2004) mengklasifikasikan *character strength* manusia ke dalam enam *virtue* dengan dua puluh empat *character strength*. Sebelum penjabaran untuk tiap *virtue* dan *character strength,* penulis akan mendefinisikan kedua istilah tersebut terlebih dahulu. *Virtue* adalah karakteristik individu yang bermoral yang dipromosikan oleh para filosof dan pemikir agama. Ada enam jenis *virtue* yang ada dalam teori Peterson dan Seligman, yaitu *wisdom, courage, humanity, justice, temperance,* dan *transendence.* Sementara itu, *character strength* adalah karakteristik, proses, dan mekanisme psikologis yang mendefinisikan *virtue.* C*haracter strength* yang satu berbeda dengan yang lainnya karena berakar dari *virtue* yang berbeda. Menurut Seligman (2002), setiap manusia memiliki setidaknya **lima** *character strength* yang **paling dominan** dalam dirinya atau disebut juga sebagai ***signature strength***, baik dalam satu *virtue* yang sama, maupun berbeda.

Pembahasan selanjutnya adalah klasifikasi *virtue* dan *character strength*

oleh Peterson dan Seligman (2004). Pertama, adalah ***wisdom and knowledge.*** *Virtue* ini merupakan kumpulan *strength* kognitif individu dalam pemerolehan dan penggunaan informasi. ***Wisdom and knowledge*** memiliki lima *character strength,* yaitu *creativity, curiosity, open-mindedness, love of learning,* dan *perspective.* ***Creativity*** adalah kemampuan individu untuk menghasilkan ide dan perilaku baru yang bermoral dan bermanfaat, baik untuk diri sendiri maupun orang lain. ***Curiosity*** adalah gairah, ketertarikan, minat, dan keterbukaan individu dalam mencari, meresapi, serta menerima pengalaman dan pengetahuan dalam hidup. ***Open-mindedness*** adalah kesukarelaan individu untuk secara kritis dan objektif berpikir kembali mengenai suatu hal dari berbagai sisi dan memungkinkan individu untuk tidak menelan informasi mentah-mentah. ***Love of learning*** adalah perasaan positif atau kecintaan individu dalam proses pemerolehan keterampilan, pengetahuan, dan kemampuan baru yang bisa mengarahkannya untuk memperoleh prestasi dalam kehidupannya. Sedangkan ***perspective*** adalah kemampuan individu untuk memberikan nasihat, masukan, atau saran untuk orang lain berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya dan kemampuan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan sulit tentang kehidupan.

Kedua, adalah ***courage.*** *Virtue* ini adalah kumpulan *strength* emosional individu untuk mencapai tujuan walaupun terdapat rintangan internal dan eksternal di dalamnya. *Courage* memiliki empat *character strength,* yaitu *bravery, persistence, integrity,* dan *vitality.* ***Bravery*** adalah keberanian individu menghadapi tantangan, ancaman, kesulitan, atau rasa sakit, juga menyuarakan kebenaran dan keyakinan. ***Persistence*** adalah kemampuan dan keteguhan individu untuk menyelesaikan suatu hal yang sudah dimulainya walaupun lagi-lagi, rintangan menghadangnya. ***Integrity*** adalah keberanian individu untuk mengatakan yang sebenarnya, bertindak apa adanya, serta bertanggung jawab atas perasaan dan perilakunya. ***Vitality*** adalah *strength* individu yang menjalani hidup dengan aktif, semangat, dan sepenuh hati, serta menganggap kehidupan sebagai sebuah petualangan.

Ketiga, adalah ***humanity.*** *Virtue* ini adalah kumpulan *strength* interpersonal yang memungkinkan individu untuk membentuk, memelihara, melindungi, dan menolong orang lain. *Humanity* memiliki tiga *character strength,*

yaitu *love, kindness,* dan *social intelligence.* ***Love*** adalah menghargai pentingnya hubungan dengan orang lain yang termanifestasi dalam kasih sayang, pehatian, dan perlindungan. ***Kindness*** adalah melakukan kebaikan untuk orang lain, menolong, serta menjaga mereka, baik orang yang dikenal dan disayang maupun tidak. ***Social intelligence*** adalah memiliki kesadaran akan motif dan perasaan diri sendiri dan orang lain, mengetahui perilaku yang harus ditampilkan dalam situasi yang berbeda, serta hal yang membuat orang lain termotivasi.

Keempat, adalah ***justice.*** *Virtue* ini adalah kumpulan *strength* kemasyarakatan yang menjadi dasar pembentukan masyarakat yang sehat. *Justice* memiliki tiga *character strength,* yaitu *citizenship, fairness,* dan *leadership.* ***Citizenship*** memungkinkan seseorang untuk bekerja dengan baik dalam suatu kelompok, setia dan bertanggung jawab terhadap kelompok, dan mendahulukan kepentingan kelompok dibandingkan kepentingan pribadi. ***Fairness*** memungkinkan seseorang untuk memperlakukan orang lain dengan adil dan tidak memasukkan unsur emosional ketika memutuskan suatu hal untuk orang lain. ***Leadership*** memungkinkan seseorang untuk mendorong, mempengaruhi, serta memberi semangat anggota lain dalam suatu kelompok, membangun hubungan yang baik dengan anggota kelompok, serta mengatur aktivitas kelompok dan melihat hal yang terjadi di dalamnya.

Kelima, adalah ***temperance.*** *Virtue* ini adalah kumpulan *strength* yang melindungi individu dari hal yang berlebihan atas sesuatu yang diinginkan. *Temperance* memiliki empat *character strength,* yaitu *forgiveness and mercy, humility/modesty, prudence,* dan *self-regulation.* ***Forgiveness and mercy*** adalah memaafkan orang lain yang berbuat salah dan memberikan kesempatan kedua untuk mereka, tidak mendendam, dan menerima kekurangan orang lain. ***Humility/modesty*** adalah mengakui keberhasilan orang lain, tidak mencari perhatian, serta tidak menganggap diri sendiri lebih daripada orang lain. ***Prudence*** adalah berhati-hati terhadap pilihan yang diambil, merencanakan masa depan, tidak mengambil risiko, mampu menahan kesenangan sementara demi kebahagiaan yang di masa depan, serta tidak mengatakan dan melakukan sesuatu yang akan disesali di kemudian hari. ***Self-regulation*** adalah mengatur perasaan dan perilaku, berdisiplin, serta mengontrol emosi dan nafsu untuk meraih tujuan yang ingin

dicapai.

Keenam, adalah ***transendence.*** *Virtue* ini adalah kumpulan *strength* yang memungkinkan individu membangun hubungan dekat dengan alam semesta dan memberi makna tersendiri bagi dirinya. *Transendence* memiliki lima *character strength,* yaitu *appreciation of beauty and excellence, gratitude, hope, humor,* dan *spiritualty.* ***Appreciation of beauty and excellence*** adalah kemampuan untuk menyadari, menemukan, dan mengapresiasi keindahan, keunggulan, kebaikan, serta keterampilan dalam berbagai aspek kehidupan. ***Gratitude*** adalah menyadari dan bersyukur akan hal-hal baik yang terjadi dalam hidup, serta mengekspresikan rasa syukur tersebut. ***Hope*** adalah mengharapkan yang terbaik di masa depan dan berusaha mencapainya, juga meyakini bahwa masa depan yang baik adalah hal yang bisa dicapai. ***Humor*** adalah senang tertawa dan bergurau, mampu membuat orang lain tersenyum dan tertawa, serta melihat hal positif dalam hidup. ***Spirituality*** adalah memiliki keyakinan yang stabil dan meresap dalam diri akan adanya dimensi kehidupan non-fisik, selain kehidupan yang kasat mata dan saat ini dijalani yang mendasari pemaknaan individu akan hidupnya dan hubungannya dengan orang lain.

Strength-Based Parenting: Pola Asuh yang Tepat untuk Anak Korban *Bullying*

Sering kali, manusia tidak menyadari *strength* yang dimilikinya. Misalnya, ada seorang anak Sekolah Dasar yang tertarik pada dunia sastra dan syair. Ia suka membaca novel yang puitis. Namun, ia tidak tahu sebenarnya ia memiliki *strength* dalam dunia kepenulisan syair juga. Ia tidak memiliki wadah dan sarana untuk menulis atau lingkungannya tidak mendukung muncul dan berkembangnya *strength* tersebut. Orang tuanya sibuk dan tidak sempat memperhatikan potensi *strength* pada dirinya. Teman-teman seusianya pun tidak tahu-menahu soal kepenulisan syair karena terlampau sulit untuk anak sebayanya. Akhirnya, ia hanya menjadi penikmat bacaan syair tanpa mengembangkan dan menggunakan *strength* tersebut.

Memang, sekarang ini sudah ada alat ukur untuk mengetahui *strength*

yang dimiliki anak dan bahkan bisa diakses secara daring oleh orang tua. Beberapa di antaranya adalah *Values in Action Inventory of Strengths for Youth (VIA-Youth)* yang bisa diakses melalui www.authentichappiness.org untuk mengetahui *character strength* yang paling dominan dalam diri anak, juga *Clifton Strengths Explorer* dan *Clifton Strength for Students* yang bisa diakses melalui www.strengths-explorer.com dan www.strengthsquest.com untuk mengetahui bakat anak. Selain mengisi kuesioner dari alat ukur di atas, orang tua juga bisa mendatangi psikolog untuk membantu mereka menemukan *strength* anak. Meskipun begitu, orang tua juga perlu berperan secara langsung dengan cara menerapkan *strength-based parenting* dan mencurahkan segenap perhatiannya untuk anak dalam hal ini.

Reckmeyer dan Robinson (2016) serta Waters (2017) memberikan beberapa hal yang harus diperhatikan pada diri anak sebagai tanda-tanda *strength-nya.* Pertama, perhatikan hal yang dilakukan berulang kali oleh anak tanpa ada suruhan dan perintah dari orang lain, alias keinginan sendiri secara natural. Kedua, perhatikan kegiatan dan kemampuan yang bisa diserap, dipahami, dan dipraktikkan anak dengan cepat, bahkan ia mampu memperoleh prestasi dalam hal tersebut. Ketiga, perhatikan kegiatan yang bisa membuat anak begitu bergairah dan bersemangat ketika melakukannya. Keempat, perhatikan kegiatan yang bisa membuat anak begitu terlarut dan lupa waktu ketika mengerjakannya. Kelima, perhatikan hal yang melibatkan keinginan kuat pada diri anak. Keenam, segala hal yang disebutkan sebelumnya merupakan hal positif yang secara moral dan sosial berharga dan berguna. Jika poin-poin tersebut ada pada diri anak, maka itulah *strength*-nya dan tugas orang tua selanjutnya adalah mengembangkan dan mendorong anak menggunakan *strength* tersebut dalam kehidupan sehari-hari.

Anak tentunya memerlukan bimbingan dari orang tua dalam banyak hal di kehidupannya, termasuk dalam mengetahaui *strength* yang dimiliki. Di sinilah peran orang tua sangat krusial karena orang tua adalah basis pertahanan utama untuk anak. Oleh karena itu, *strength-based parenting* sangatlah dibutuhkan. Maka, mari kita kupas mengenai *strength-based parenting* ini agar para orang tua, khusunya yang memiliki anak korban *bullying* bisa mempraktikannya dalam lingkungan keluarga, sehingga bisa membuat anak mereka bangkit dari

pengalaman pahit *bullying* yang mereka kecap agar mereka bisa mencapai tujuan dan pengembangan diri dalam hidup yang pada akhirnya, mereka mampu memperoleh kebahagiaan dan kesejahteraan hidup, terlepas dari belenggu *bullying* yang dialami.

Strength-based parenting adalah jenis pola asuh yang bisa diterapkan oleh orang tua. Mungkin, jika ditanya mengenai jenis pola asuh, sebagian besar masyarakat akan menjawab pola asuh otoriter, otoritatif, permisif, dan abai. Atau, bahkan, masih banyak orang tua di Indonesia yang belum tahu definisi dari pola asuh itu sendiri. Oleh karena itu, mari berangkat dari definisi pola asuh terlebih dahulu. Pola asuh adalah keseluruhan hubungan, sikap, dan perilaku orang tua terhadap anak (Baumrind, 1967, dalam Jafri, 2017). Ada dua dimensi penting dalam pola asuh, yaitu *demandingness* dan *responsiveness. Demandingness* merujuk pada seberapa tinggi kontrol yang diberikan orang tua terhadap anak, sedangkan *responsiveness* merujuk pada seberapa besar interaksi dan keintiman antara orang tua dengan anak (Baumrind, 1991, dalam Shok Hong, dkk., 2015).

Kemudian, mari kira berlanjut pada inti pembahasan artikel ini, yaitu mengenai *strength-based pareniting. Strength-based parenting* adalah jenis pola asuh yang dicirikan dengan orang tua yang bisa mengenal, menggali, dan mengidentifikasi *strength* dan kualitas yang dimiliki anaknya, serta mendorongnya untuk mengembangkan dan menggunakan *strength* yang dimiliki dalam kehidupan sehari-hari. *Strength-based parenting* juga bisa didefinisikan sebagai pola asuh orang tua dalam menggunakan *strength* yang dimiliki untuk mengasuh, membesarkan, dan mendidik anak. *Strength-based parenting* juga beririsan dengan pola kelekatan yang *secure* dan pola asuh otoritatif. Artinya, orang tua yang menerapkan *strength-based parenting* juga memiliki kelekatan emosional yang erat dengan anak, menerapkan komunikasi dua arah, berperilaku responsif, demokratis, serta memiliki kontrol yang tegas mengenai aturan dan batasan untuk anak (Waters, 2015; Waters & Sun, 2016).

Mengapa penulis menggembar-gemborkan pentingnya menerapkan *strength-based parenting* bagi orang tua, khususnya anak korban *bullying?* Berdasarkan kumpulan hasil penelitian yang sudah dirangkum oleh Waters dalam bukunya *"The Strength Switch", strength-based parenting* bisa menimbulkan

berbagai dampak positif dalam diri anak, di antaranya adalah tingkat kebahagiaan, harga diri (*self-esteem),* kepuasan dalam hidup (*life satisfaction),* serta prestasi yang lebih tinggi. *Strength-based parenting* juga bisa menurunkan risiko depresi dan membuatnya lebih baik dalam merespon stres. Ia juga bisa berdampak pada kesehatan fisik yang lebih baik.

Artinya, dengan segala manfaat yang diberikan oleh penerapan *strength-based parenting* ini, mungkin pertanyaan yang muncul di pikiran Anda sekarang adalah cara mempraktikkan pola asuh ini. Beberapa cara untuk menerapkan *strength-based parenting* telah dirumuskan oleh Rekcmeyer dan Robinson (2016), serta Waters (2017). Hal yang pertama harus dilakukan orang tua adalah **menyadari dan menerima kekurangan anak mereka.** Jika anak ternyata berkebutuhan khusus, akuilah dan terimalah keadaan itu. Jika anak bertubuh gempal dan berkulit hitam, akuilah dan terimalah keadaan itu. Jika anak mereka sulit untuk menerima pelajaran di sekolah, sehingga membuatnya terlihat bodoh di kelas, akuilah dan terimalah keadaan itu. Seperti yang sudah dijelaskan di awal, kekurangan semacam ini memang menjadi penyebab anak menjadi sasaran *bullying* teman sebayanya. Oleh karena itu, jika orang lain di luar sana menghina keadaan anak yang seperti itu, maka orang tua harus menjadi orang pertama yang menerima mereka. Ini membuat mereka merasa bahwa masih ada yang menyayangi mereka di dunia ini, masih ada yang menganggap diri mereka berharga dengan segala kekurangan yang dilontarkan orang lain di luar sana.

Kedua, karena *strength-based parenting* berkatian erat dengan *secure attachment* dan pola asuh otoritatif, maka orang tua tentunya perlu **menunjukkan dukungan dan kasih sayang** secara gamblang pada anak mereka yang menjadi korban *bullying.* Mereka juga perlu **mendorong dan membujuk anak untuk menceritakan pengalaman** mereka setiap kali mereka di-*bully* karena rasa sakit yang dipendam tidaklah baik untuk kesehatan jiwa mereka. Setelah mereka bercerita, orang tua bisa menunjukkan pada anak bahwa mereka akan selalu berada di sisi anak terlepas dari apa pun kekurangan mereka, apa pun hal jelek yang dikatakan orang lain terhadapnya. Ketika anak tersentil perasaannya karena melihat teman-teman lain bisa bermain secara lepas dan bahagia dengan teman seusianya, orang tua perlu meyakinkan anak bahwa suatu saat nanti ia akan

mendapatkan kebahagiaan yang sama.

Ketiga, setelah orang tua bisa mengidentifikasi *strength* anak, tentunya langkah selanjutnya adalah **mengembangkan dan mendorong anak untuk meggunakan *strength*-nya.** Terkadang, anak sudah menyadari *strength*-nya dan menggunakannya dalam kehidupan sehari-hari. Ini adalah sesuatu yang bagus sekali. Namun, jika anak belum sedangkan orang tua sudah menyadarinya, maka orang tua perlu memberi tahu anak mengenai *strength* yang ditemukan pada dirinya. Kemudian, ketika anak menggunakan *strength* tersebut, maka orang tua bisa memberi tahu bahwa mereka melihat energi positif yang terpancar dari *strength* tersebut, serta memujinya, juga memberi tahu perkembangan-perkembangan anak dari hari ke hari mengenai penggunaan *strength* tersebut. Ini tentunya dilakukan secara kontinyu dan konsisten.

Keempat, Waters (2017) menyatakan, lebih baik **fokus terhadap *strength* yang dimiliki** anak dibandingkan harus memperbaiki kelemahan dan kekurangannya. Oleh karena itu, orang tua benar-benar harus teliti memperhatikan *strength* anak. Seperti yang sudah disampaikan di paragraf-paragraf sebelumnya, orang tua bisa melakukan tes psikologis untuk menemukan *strength* anak, bisa melalui tes daring yang tersedia, maupun mendatangi psikolog. Selain melalui tes, mereka bisa mencurahkan perhatian untuk melihat potensi positif dalam diri anak berdasarkan poin-poin identifikasi *strength* yang sudah penulis sampaikan pada paragraf sebelumnya. Ayah dan ibu bisa saling berdiskusi mengenai *strength* yang mereka masing-masing temukan pada diri anak. Daripada melihat anak sebagai korban *bullying* yang lemah, tidak berdaya, dan memiliki banyak kekurangan, alangkah baiknya energi orang tua dialihkan pada pencarian dan identifikasi *strength* anak walaupun menurut penulis, mereka tetap perlu mengusahakan hal-hal yang masih bisa dilakukan unutk memperbaiki kekurangan anak. Misalnya, memberikan perawatan kulit jika anak mereka di-*bully* karena kulitnya yang hitam, mengajarkan dan mendorong anak mempraktikkan cara berinteraksi yang baik jika ia di-*bully* karena tidak bisa bergaul, dan sebagainya.

Kelima, setelah mengetahui *strength* anak beserta hal yang ia sukai dan bisa memancing antusiasmenya, maka tugas orang tua selanjutnya adalah **sebisa**

mungkin menyediakan segala hal yang dibutuhkan anak untuk melakukan hal positif yang mereka sukai. Jika anak yang di-*bully* tersebut ternyata memiliki ketertarikan besar terhadap dunia memasak, maka ibu bisa sering membawanya ke dapur untuk memasak bersama atau orang tua bisa mengikutsertakan anak dalam kursus memasak. Jika anak yang di-*bully* memiliki ketertarikan akan dunia desain grafis, maka orang tua juga bisa mengikutsertakan anak pada seminar-seminar dan kursus tentang hal itu. Jika anak ternyata memiliki karakter-karakter dalam *virtue humanity,* maka orang tua bisa membimbing anak untuk mengikuti kegiatan-kegiatan sosial, dan lain sebagainya.

Keenam, dalam *strength-based parenting,* penting sekali untuk **melontarkan pujian** terhadap segala pencapaian, usaha, dan kemajuan anak karena pujian bisa mendorong anak untuk merasa bahagia, mempertahankan usaha, menggunakan *strength,* bahkan meningkatkan pencapaiannya. Dengan pujian ini pula, anak akan memiliki *mindset* bahwa ia mampu dan berharga, juga meningkatkan optimismenya dalam hidup. Menurut Waters (2017), ada tiga macam pujian untuk anak, yaitu *generic praise, process praise,* dan *person praise.*

Pertama, *generic praise* adalah pujian orang tua secara general untuk anak. Misalnya, *"Wah, kamu keren, Nak!", "Kerja bagus, Sayang",* atau *"Ini bagus sekali, Nak. Ayah/Ibu sayang kamu".* Menurut Waters (2017), pujian semacam ini memang bagus. Anak bisa merasa bahagia dan berharga, tetapi ini tidak membangun *strength*-nya karena orang tua tidak memberi tahu hal bagus apa yang sudah dilakukan anak. Akibatnya, anak tidak akan paham cara mendapatkan pujian dari orang tua lagi dan berujung pada ketidakpastian dan kebingungan.

Kedua, *process praise* adalah pujian terhadap hal yang dilakukan oleh anak dan fokus terhadap perkembangan, usaha, teknik, dan strategi yang dilakukannya. Misalnya, ketika anak berhasil membuat suatu masakannya sendiri, orang tua bisa berkata, "*Wah, ini bagus sekali, Nak. Kamu pasti membutuhkan usaha untuk fokus dan teliti yang besar, ya, dalam membuat masakan ini, makanya masakanmu bisa seenak ini".* Atau, ketika anak mengalami kemajuan untuk hasil desain grafisnya, orang tua bisa mengatakan, "*Wow! Ayah/Ibu lihat, hasil desainmu berkembang jauh. Menurutmu, apa yang membuatmu berhasil mengembangkan kemampuan desainmu ini?".* Di satu sisi, pujian ini memang bagus karena lebih

spesifik mengenalkan anak pada usaha dan *strength* yang dimiliki. Akan tetapi, di sisi lain, jika orang tua terus-terusan menggunakan pujian semacam ini, anak justru akan berpikir orang tua menyuruhnya terus-menerus mengeluarkan usaha besar demi mencapai keberhasilan dan kemajuan dalam segala hal. Pemikiran ini akan menggiring anak pada keyakinan bahwa mereka sebenarnya memiliki kemampuan yang rendah, sehingga harus mengeluarkan banyak usaha untuk memperoleh keberhasilan yang akhirnya menjadikan anak mengalami demotivasi.

Ketiga, adalah ***person praise.*** Jika *process praise* lebih berorientasi pada perilaku dan usaha anak, maka *person praise* berorientasi pada karakter anak. Misalnya, ketika anak berhasil membuat masakan sendiri, orang tuas bisa mengatakan, *"Kerja bagus, sayang! Kamu memang berbakat dalam memasak, ya".* Atau, ketika melihat anak memberikan sepotong daging ayam goring yang sedang ia makan untuk kucing di depan rumah, orang tua bisa berkata, *"Wah, kamu memang penyayang dan penolong, ya, bahkan dengan hewan pun kamu penyayang. Itu bagus sekali, Nak. Pertahankan, ya".* Waters (2017) menyatakan, beberapa penelitian menunjukkan, *person praise* membantu anak untuk melihat *strength* sebagai aset dan kualitas yang ada dan menyatu dalam dirinya. Lebih dari sekadar mengusahakan perilaku dan proses, *person praise* membantu anak untuk menginternalisasi *strength* tersebut dan mendorong mereka menggunakan *strength* tersebut secara konsisten.

Waters (2017) kemudian memperkenalkan *strength-based praise* yang merupakan kombinasi *process praise* dan *person praise* unutk menyoroti aksi dan *strength* anak, sehingga keduanya bisa terinternalisasi dalam dirinya dan mendorongnya untuk terus berusaha dan menggunakan *strength*-nya. Misalnya, ketika anak berhasil membuat masakan sendiri, orang tua bisa mengatakan, "*Kamu sangat gigih dan teliti, ya, dalam memasak kali ini* (strength). *Ayah/Ibu melihat kamu mengalami kemajuan dalam memanggang (*action)" Atau, ketika anak berhasil membuat desain grafis, orang tua bisa mengatakan, *"Kamu benar-benar menggunakan kreativitasmu* (strength) *untuk membentuk model ini. Ada banyak detail sulit dan warna-warni yang menarik yang kamu gunakan, ya, dalam karya ini* (action)*".*

Ketujuh, hal lain yang bisa dilakukan oleh orang tua dengan anak

korban *bullying* dengan basis *strength-based parenting* adalah **jangan pernah memaksakan anak untuk cemerlang dalam segala hal.** Misalnya, jika anak hanya menonjol dalam hal memasak, sedangkan akademiknya buruk atau anak hanya menonjol dalam Bahasa Inggris, sedangkan kemampuan bergaulnya dan lainnya buruk, maka jangan paksa anak untuk menguasai hal lain yang memang tidak bisa dia lakukan dan kuasai. Misalnya, jika anak hanya menonjol karakter-karakter dalam *virtue humanity*-nya, maka jangan paksa anak untuk mengembangkan karakter-karakter dalam *virtue justice.* Biarkan ia memperdalam dan mengembangkan hal yang memang menjadi kelebihannya dan abaikan hal lain yang menurut orang tua bagus untuknya, tetapi tidak mampu dilakukan atau disukainya.

Kedelapan, orang tua perlu **mempraktikkan *gratitude*** atau rasa syukur dan mengajak anak untuk ikut serta mempraktikkannya. Walaupun anak merasa sakit hati, terpuruk, sedih, dan lain-lain akibat *bullying* yang diterima, orang tua sangat perlu menggiring anak pada *gratitude* ini. Beberapa penelitian yang dirangkum oleh Waters (2017) menunjukkan, *gratitude* berdampak pada berbagai hal positif, seperti kedisiplinan diri, kehangatan emosional, emosi positif, keberhargaan diri, kepuasan dalam hidup, kualitas tidur yang baik, serta rasa menderita dan depresi yang rendah. Orang tua bisa mengajak anak setiap malam sebelum ia tidur untuk menyebutkan tiga atau lima hal yang membuat anak bersyukur hari itu.

Cara lainnya, orang tua bisa meninggalkan catatan kecil di tempat tidur anak mengenai hal baik yang sudah dilakukan anak untuk mereka, begitu pun sebaliknya. Anak juga bisa menulis catatan semacam itu untuk orang-orang yang sudah berbuat baik padanya. Pilihan lainnya, orang tua juga bisa mengkhususkan satu hari untuk anak, berjalan-jalan di sekitar rumah mereka dan menunjukkan hal-hal yang patut mereka syukuri di sekitar mereka, juga hal baik yang sudah terjadi selama seminggu terakhir. Cara lain yang bisa orang tua ciptakan selain yang penulis sampaikan di sini untuk mengekspresikan dan mengidentifikasi rasa syukur atas hal baik yang terjadi, maka itu sangat bagus untuk anak dan orang tua.

Kesembilan, orang tua juga perlu untuk selalu **mengingatkan anak**

bahwa untuk meraih kesuksesan dari hal yang disukai, tentu **ada banyak rintangan yang menanti.** Orang tua perlu mengingatkan anak agar tetap semangat, tabah, dan tidak menyerah dalam menjalani kehidupan. Ingatkan anak bahwa ia bisa melakukan itu semua, terbukti dengan kenyataan bahwa ia bisa sampai di tahap ini dan masih bertahan. Orang tua jangan sampai bosan melakukan hal ini.

Kesepuluh dan terakhir, *strength-based parenting* bukan berarti hanya berkaitan dengan hal positif dan mengabaikan hal negatif pada anak, seperti kelemahan yang dimilikinya, tantangan yang sulit dilewati, rasa sedih, juga kekecewaan anak. Oleh karena itu, ketika hal semacam itu terjadi, maka yang perlu diterapkan oleh orang tua terhadap anak adalah ***mindfulness.*** Waters (2017) mendefinisikan *mindfulness* sebagai kegiatan memfokuskan perhatian pada pikiran dan perasaan, dan sensasi tubuh, seperti pernafasan, juga memfokuskan perhatian pada hal yang terjadi saat ini. Berdasarkan beberapa penelitian yang sudah dirangkum oleh Waters (2017), *mindfulness* bisa berdampak pada emosi positif dan pengembangan, serta penggunaan *strength.* Selain itu, *mindfulness* juga bisa berdampak pada resiliensi atau kemampuan seseorang untuk beradaptasi dan bertahan pada situasi sulit. Orang yang memiliki resiliensi tinggi tetap bisa merasakan emosi negatif, tetapi mampu bertahan karena emosi positif yang dimilikinya.

Contohnya, ketika anak baru pulang sekolah dan ia merasa begitu sedih dan kecewa karena di-*bully* teman-temannya, maka pertama, orang tua bisa mendekati dan membujuk anak untuk menceritakan kejadian tersebut. Setelah itu, mereka bisa membawa anak untuk mengidentifikasi emosi dan pikiran, meyuarakan, dan mengekspresikannya seperti marah, kecewa, cemas, sedih, frsutrasi, dan sebagainya. Setelah itu, orang tua bisa menanyakan, "*Apa yang kamu pikirkan ketika duduk di sini sekarang bersama Ayah/Ibu? Apa suara yang saat ini berdengung di kepalamu?*". Ini akan membuat anak mengekspresikan pikirannya.

Kedua, orang tua bisa membantu anak untuk menghilangkan pemikiran-pemikiran negatif yang muncul dengan menunjukkan kesalahan pemikiran anak dan mengingatkan *strength* yang dimilikinya, seperti berkata,

"*Apakah kamu pikir pemikiran itu benar? Menurut Ayah/Ibu, kamu tidak seperti itu. Ingat, tidak, walaupun mereka mengatakan kamu sulit bergaul, kamu sangat pandai memasak* (*strength*). *Kamu sangat tekun belajar, juga sangat penyayang. Itu adalah hal menakjubkan yang kamu miliki, Nak*". Perkataan seperti itu bisa meyakinkan anak bahwa ia tetap berharga dan memiliki *strength* yang patut disadari kembali.

Ketiga, orang tua selanjutnya bisa mengajak anak untuk berperilaku dan merespon kejadian tidak menyenangkan terebut menggunakan *strength* yang dimilikinya. Misalnya, jika anak memiliki *virtue humanity* yang kuat, maka orang tua bisa mengajak anak untuk tetap menerima teman yang sudah mem-*bully*-nya dan tetap berperilaku baik pada mereka. Contoh lainnya, jika anak memiliki *strength* dalam hal memasak, orang tua bisa mengajak anak untuk mencoba beberapa resep lain yang lebih sulit dari masakannya kemarin dan kemudia menunjukkan pada anak bahwa itulah bukti dirinya berharga dan hebat.

Penutup

Bullying adalah pengalaman yang tentunya menyakitkan bagi anak yang mengalaminya. Dampak psikologis yang diakibatkan oleh pengalaman *bullying* pada anak cukup banyak, sehingga dikhawatirkan akan mengganggu kesehatan mentalnya. Oleh karena itu, orang tua sebagai basis pertahanan anak yang utama harus mengerahkan tenaga dan pikirannya untuk membuat anak bangkit dari keterpurukan yang dialaminya, juga untuk membangun, mengembangkan, serta mendorong anak untuk menggunakan *strength* yang dimiliki. Cara yang bisa dilakukan oleh orang tua antara lain adalah menerapkan *strength-based parenting* atau pola yang berfokus pada *strength* anak dalam pengasuhan. Menurut beberapa penelitian yang sudah dilakukan, *strength-based parenting* bisa berdampak positif pada tingkat kebahagiaan, keberhargaan diri, kepuasan dalam hidup, prestasi, kesehatan fisik, dan menurunkan risiko depresi pada anak. Dengan banyaknya dampak positif ini, diharapkan orang tua yang memiliki anak korban *bullying* di Indonesia bisa menerapkan pola asuh ini pada anak mereka agar ia dapat mencapai kebahagiaan, kesuksesan, dan kepuasan dalam hidup.

Ada sepuluh usaha yang bisa diterapkan oleh orang tua untuk anak mereka yang menjadi korban *bullying* berdasarkan *strength-based parenting,* yaitu:

1. Menyadari dan menerima kekurangan anak.
2. Menunjukkan dukungan, kasih sayang, serta komunikasi yang baik dengan anak.
3. Mengembangkan dan mendorong anak untuk menggunakan *strength*-nya.
4. Berfokus pada *strength* anak.
5. Menyediakan segala kebutuhan untuk pengembangan *strength* anak.
6. Memuji anak dalam pencapaian dan perkembangan apa pun pada anak.
7. Tidak memaksakan anak untuk cemerlang dalam segala hal.
8. Mempraktikkan *gratitude.*
9. Mengingatkan anak akan tantangan dan rintangan yang menanti.
10. Mempraktikkan *mindfulness.*

"Kita harus melihat anak bukan sebagai sebuah masalah, tetapi sebagai individu yang memiliki potensi" **— Archbishop Desmond Tutu (1984)**

Daftar Acuan

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.).* Author.

Busyra, N.Z. (2018). Penerapan konseling direktif untuk meningkatkan kepercayaan diri pada korban *bullying* di SDN Kenari Jakarta. *Inquiry Jurnal Ilmiah Psikologi, 9*(2), 100--109.

Cast, A.D., & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces, 80*(3), 1041-1068.

Darney, C., Howcroft, G., & Stroud, L. (2013). The impact that bullying at school has on an individual's self-esteem during young adulthood. *International Journal of Education and Research, 1* (8), 1-16.

Dwipayanti, I. A., & Indrawati, K. R. (2014). Hubungan antara tindakan bullying dengan prestasi belajar anak korban bullying pada tingkat Sekolah Dasar. *Jurnal Psikologi Udayana, 1*(2), 251-260.

Fernandez, G. C., & Sinambela F. C. (2019). Hubungan antara kesepian dengan korban cyberbullying pada remaja. *Jurnal Kreatif Online, 7*(2), 246--261.

Harahap, E., & Saputri, N.M. (2019). Dampak psikologis siswa korban *bullying* di SMA Negeri 1 Barumun. *Ristekdik: Jurnal Bimbingan dan Konseling, 4*(1), 68-78.

Hendrick, E. A., & Tanga, P. T. (2019). Effects of bullying on the psychological functioning of victims. *Southern African Journal of Social Work and Social Developmen , 31*(1), 1-17.

Hertinjung, W. S., & Susilowati. (2014). Profil kepribadian siswa korban *bullying. Jurnal Psikologi Integratif, 2*(1), 93-99.

Jafri, M.H. (2017). Understanding perceived parenting styles on students psychological capital. *International Education and Research Journal, 3*(5), 238-240.

Kardiana, I. G., & Westa, I. W. (2015). Gambaran tingkat depresi terhadap perilaku *bullying* pada siswa di SMP PGRI 2 Denpasar. *E-Jurnal Medika Udayana, 4* (6), 1--12.

Khasanah, A. N., Damayanti, T., & Sirodj, D. A. (2017). Gambaran *negative automatic thoughts* pada remaja korban *bullying* di Sekolah Menengah Pertama Kota Bandung. *Psympathic: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 4(2), 239-250.

Kidger, J., Heron, J., Leon, D. A., Tilling, K., Lewis, G., & Gunnel, D. (2015). Self-reported school experience as a predictor of self-harm during adolescence: A prospective cohort study in the South West of England (ALSPAC). *Journal of Affective Disorders*, *173*, 163-169.

Kundre, R., & Rompas, S. (2018). Hubungan *bullying* dengan kepercayaan diri pada remaja di SMP Negeri 10 Manado. *E-Journal Keperawatan,* 6 (1), 1--6.

Marela, G., Wahab A., & Marchila C. R. (2017). *bullying* verbal menyebabkan depresi pada remaja SMA di Kota Yogyakarta. *BKM Journal of Community Medicine and Public Health, 33*(1), 43-48.

Mischel, W., Shoda, Y., & Ayduk O. (2008). *Introduction to personality: Toward an integrative science of the person (8th ed.).* John Wiley & Sons.

Olweus, D. (1994). Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(7), 1171-1190.

Olweus, D.. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*, 12(4), 495--510.

Peterson, C., Seligman, M. E. (2004). *Character strength and virtues: A handbook and classification.* Oxford University Press.

Ramadhani, A., & Retnowati, S. (2013). Depresi pada remaja korban *bullying. Jurnal Psikologi Universitas Gadjah Mada, 9*(2), 73-79.

Reckmeyer, M., & Robinson, J. (2016). *Strength-Based Parenting: Developing your children's innate talents.* Gallup Press.

Shok Hong, O. Sang Long, C., & Rahman, R. H. (2015). Self-esteem of students of auniversity in Malaysia: A case study. *Mediterranean Journal of Social Sciences, 6*(4), 300-310.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting.* Free Press.

Sekol, I., & Farrington, D. P. (2015). Personal characteristics of bullying victims in residential care for youth. *Journal of Aggression, Conflict, and Peace Research, 8*(2), 99-113.

Sucipto. (2012). *Bullying* dan upaya meminimalisasikannya. *Psikopedagogia, 1*(1), 1-12.

Tim CNN Indonesia. (2019, 5 Desember). *41 persen siswa di Indonesia pernah jadi korban bullying.* Diunduh tanggal 2 Agustus 2020, dari https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20191205133925-284-454419/41-persen-siswa-di-indonesia-pernah-jadi-korban-bullying

Tim Databoks. (2019, 12 Desember). PISA: Murid korban 'bully' di Indonesia tertinggi kelima di dunia. Diunduh tanggal 2 Agustus 2020, dari https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/12/12/pisa-murid-korban-bully- di-indonesia-tertinggi-kelima-di-dunia#

Tim Kompas. (2020, 14 Februari). *Duduk perkara siswi SMP Purworejo dipukuli kakak kelas, berawal dari dimintai uang Rp 2.000*. Diunduh tanggal 17 Juli2020, dari https://regional.kompas.com/read/2020/02/14/10500051/duduk-perkara-siswi-sm p-purworejo-dipukuli-kakak-kelas-berawal-dari-dimintai?page=all

Tim KPAI. (2020, 10 Februari). *Sejumlah kasus bullying sudah warnai catatan masalah anak di awal 2020, begini kata komisioner KPAI*. Diunduh tanggal 2 Agustus 2020, dari https://www.kpai.go.id/berita/sejumlah-kasus-bullying-sudah-warnai-catatan-ma salah-anak-di-awal-2020-begini-kata-komisioner-kpai

Tim Liputan 6. (2020, 13 Februari). Fakta-fakta perundungan siswi SMP di Purworejo yang viral di media sosial. Diunduh tanggal 17 Juli 2020, dari https://www.liputan6.com/news/read/4178285/fakta-fakta-perundungan-siswi-smp-di-purworejo-yang-viral-di-media-sosial

Tim Suara Jogja. (2020, 13 Februari). Siswi SMP Muhammadiyah korban penganiayaan di Purworejo Kerap Dibully. Diunduh tanggal 17 Juli 2020, dari https://jogja.suara.com/read/2020/02/13/151312/siswi-smp-muhammadiyah-korban-penganiayaan-di-purworejo-kerap-dibully

Tim Tribun Jateng. (2020, 12 Februari). Kronologi siswi SMP Purworejo dibully 3 siswa melapor ke Polisi, kejadian pagi dipolisikan sore. Diunduh tanggal 17 Juli 2020, dari https://jateng.tribunnews.com/2020/02/12/kronologi-siswi-smp-purworejo-dibully-3-siswa-melapor-ke-polisi-kejadian-pagi-dipolisikan-sore?page=4

Waters, L. (2015). The relationship between strength-based parenting with children's stress levels and strength-based coping approaches. *Scientific Research Publishing, 6*, 689-699.

Waters, L. (2017). *The strength switch: How the new science of strength-based parenting can help your children and teen to flourish.* Avery.

Waters, L. E., Loton, D., & Jach, H. K. (2019). Does strength-based parenting predict academic achievement? The mediating efects of perseverance and engagement. *Journal of Happiness Study, 20,* 1121-1140.

Waters, L., & Sun, J. (2016). Can a brief strength-based parenting intervention boost self-efficacy and positive emotions in parents? *International Journal of Applied Positive Psychology, 1*(1–3), 41–56.

Wulandari, A. W., & Muis, T. (2017). Karakteristik pelaku dan korban *bullying* di SMA Negeri 11 Surabaya. *Jurnal Bimbingan dan Konseling UNESA, 7*(2), 1-11.

Indy Hurun Ein. *Strength-Based Parenting: An Appropriate Parenting Style for Children with Bullying Experience in Indonesia.* *The cases of bullying in Indonesia have significantly increased. Some researches contended that bullying has many psychological negative impacts for the victims and can aggravate their mental health. This article aimed at recommending insight and solution for Indonesian parents, especially with kids experiencing bullying in order to uplift them by practicing strength-based parenting focusing on identification and exploration of children's strength and encouraging them to use their strength in daily life. Some ways parents can apply to their children who experienced bullying based on strength-based parenting are: (1) realizing and accepting childrens's weaknesses; (2) showing love, support, and warm communication to them; (3) developing their strength and encouraging them to use it in their daily life; (4) focusing on their strength; (5) providing everything for their strength development; (6) praising every improvement and attainmnet of their strength use; (7) not forcing them to be bright in every aspect of life; (8) practicing gratitude; (9) reminding them of challenges and obstacles they will face off; and (10) practicing mindfulness.*

Bab 12. Dunia Kelabu Individu Asperger

Adriana Soekandar Ginanjar & Santy Yanuar Pranawati

"Sejak kecil saya sudah merasa berbeda dibandingkan teman-teman. Karena tidak tahu bagaimana cara menjalin pertemanan, saya hanya punya sedikit teman. Saya masih ingat bagaimana saya "di-bully" oleh teman-teman sekelas tetapi saya sama sekali tidak bisa membalas. Saya menyimpan pengalaman buruk ini sendirian, tidak berani bicara pada orang tua atau guru karena takut tidak dipercaya. Semakin dewasa saya semakin kesepian, hidup rasanya berat dan penuh tuntutan. Saya merasa makin terpuruk ketika tidak berhasil menyelesaikan kuliah walaupun saya diterima di universitas terkenal dengan usaha sendiri. Pikiran untuk menghilang dari dunia, mengakhiri penderitaan ini, semakin sering muncul"

Kutipan di atas adalah sejumput kisah dari individu Asperger yang mengalami depresi karena kesulitan dalam interaksi sosial, mengalami *bullying* berkepanjangan, serta gagal dalam studi setelah berjuang keras sejak SD sampai dengan SMA. Masalah yang dimiliki dirasakan amat berat karena ia tidak dapat berbagi rasa kepada orang tua ataupun teman dekatnya. Ia merasa bahwa tidak ada orang yang mengerti pengalaman hidup dan perasaan-perasaan terdalamnya. Ketika depresi semakin memburuk, satu-satunya hal yang dipikirkan adalah bunuh diri, agar terlepas dari rasa sakit psikologis dan rasa kesepian yang mendalam.

Depresi merupakan salah satu gangguan emosional yang banyak dialami oleh individu Asperger, bersamaan dengan kecemasan, kesepian, kesedihan dan kemarahan. Pengalaman negatif yang diperoleh dari orang lain membuat mereka cenderung menarik diri sehingga tidak banyak mendapat dukungan dari orang

lain. Depresi pada individu-individu Asperger memiliki simtom yang mirip dengan individu *neurotypical,* yaitu individu yang berpikir, mempersepsi dan bertingkahlaku "normal" dari sudut pandang populasi secara umum. Namun penyebab dan cara individu asperger berusaha mengatasinya menjadi berbeda karena karakteristik kepribadian, pengalaman dan kondisi-kondisi khusus yang mereka miliki.

Artikel ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang cukup mendalam tentang depresi pada individu Asperger. Diawali dengan penjelasan tentang depresi dan karakteristik individu Asperger, artikel ini diakhiri dengan kisah 3 (tiga) individu Asperger dewasa tentang penghayatan diri dan kondisi depresi mereka. Mereka merupakan klien penulis (ASG) yang sampai saat ini terus berjuang untuk menemukan kehidupan yang lebih bahagia. Tulisan ini diharapkan dapat membuka wawasan lebih banyak orang, khususnya para psikolog dan psikiater, tentang *inner world* dari individu Asperger. Dengan demikian para profesional tersebut dapat mendampingi dan memberikan bantuan yang tepat bagi klien-klien Asperger, khususnya yang mengalami depresi.

Sindrom Asperger

Sindrom Asperger merupakan gangguan perkembangan pada anak yang sering dianggap sebagai bagian dari gangguan spektrum autisme, yaitu *high functioning autism*. Sindrom Asperger memiliki beberapa ciri yang sama dengan gangguan autisme namun individu Asperger tidak mengalami keterlambatan perkembangan bahasa yang berat. Karakteristik utama pada individu Asperger adalah kesulitan menjalin interaksi sosial dengan orang lain (DSM-IV). Disamping itu individu Asperger memiliki pola tingkah laku, minat dan aktivitas yang terbatas sehingga cenderung kurang fleksibel dalam kehidupan sehari-hari. Diagnosis Asperger seringkali terlambat ditetapkan karena anak-anak Asperger biasanya memiliki kemampuan yang menonjol dalam *root memory*, membaca, dan memiliki informasi yang mendalam pada hal-hal yang diminatinya. Mereka juga cukup berprestasi di bidang akademik. Dengan demikian, rendahnya keterampilan sosial sering dilihat sebagai keengganan untuk bergaul, bukan karena ketidakmampuan dalam menjalin interaksi sosial (Sedgewick, Hill, Yates,

Pickering, & Pellicano, 2016).

Sindrom Asperger tidak mudah dikenali sejak awal karena anak Asperger tidak mengalami keterlambatan bicara dan bisa berprestasi dengan baik. Simtom-simtom Asperger sedemikian tersembunyi sehingga cukup banyak individu Asperger baru mendapatkan diagnosis atau menyadari diagnosisnya ketika mereka telah dewasa. Dengan bertambahnya usia dan semakin kompleksnya tuntutan dari lingkungan sosial, barulah ciri-ciri Asperger tampak nyata. Cukup banyak masalah yang dihadapi oleh individu Asperger sebagaimana tampil dan tampak dalam kondisi-kondisi berikut ini:

1. ***Sulit berteman dan cenderung menyendiri.*** Hal ini disebabkan mereka tidak memiliki keterampilan dalam menjalin pertemanan. Individu Asperger merasa tidak memiliki "instink sosial" sehingga mengalami kebingungan dalam memahami aturan-aturan dalam hubungan dengan orang lain (Ginanjar, 2007; Deckers, Muris, & Roelofs, 2017). Minat yang sempit dan perilaku yang tampak aneh pada remaja Asperger, membuat teman-teman sebaya tidak tertarik untuk mengobrol dengan mereka apalagi melibatkan mereka dalam kegiatan kelompok. Keadaan ini sangat menyakitkan karena merupakan penolakan dari lingkungan dan semakin membuat mereka merasa berbeda (Finke, 2016; Sterrett, Shire, & Kasari, 2017).
2. ***Kurang mampu berempati.*** Individu Asperger memandang dunia dan orang-orang di sekitarnya secara berbeda dibandingkan individu *neurotypical* sehingga mereka kesulitan untuk memahami sudut pandang dan perasaan orang lain (Harmsen, 2017). Kondisi ini menyebabkan individu Asperger dinilai tidak memiliki empati dan tidak peka pada perasaan orang lain. Mereka juga seolah tidak memiliki perasaan bersalah ketika menyakiti hati orang lain. Pada kenyataannya, individu Asperger sebenarnya dapat menjalin ikatan emosional yang kuat dengan orang-orang yang disayangi dan sudah sangat mereka kenal. Namun karena sangat rasional maka ekspresi wajah mereka cenderung datar dan mereka tidak hangat dalam interaksi sosial (Frank, Schulze, Hellweg, Koehne, & Roepke, 2018; Wieckowski, Swain, Abbott, & White, 2019).

3. ***Hambatan dalam berkomunikasi.*** Individu Asperger tampak berbeda ketika berkomunikasi karena cenderung menggunakan bahasa formal dalam percakapan sehari-hari. Mereka kesulitan untuk memahami kata kiasan dan humor. Selain itu mereka juga terhambat dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan. Nada bicara mereka datar, ekspresi wajah mereka juga tanpa emosi, sehingga tampak kaku saat berbicara (Bogdashina, 2005; Ginanjar, 2007; Frank, Schulze, Hellweg, Koehne, & Roepke, 2018).
4. ***Obsesi dan minat yang intens.*** Obsesi terhadap suatu hal atau kegiatan amat mendominasi keseharian individu Asperger. Hal ini merupakan salah satu sumber kebahagiaan dan cara untuk mengalihkan perhatian dari perasaan kesepian dan ditolak oleh lingkungan sosial (Sundberg, 2018). Biasanya individu Asperger memiliki minat yang terbatas namun ditekuni secara sangat intens. Di satu sisi, ini merupakan hal yang positif karena minat mereka dapat berkembang menjadi keahlian tingkat tinggi, misalnya kemampuan melukis, komputer, musik. Namun di sisi lain, terbatasnya minat menyebabkan mereka kurang diterima oleh kelompok teman sebaya (Ginanjar, 2007)
5. ***Emosi-emosi negatif yang intens.*** Emosi-emosi yang dirasakan oleh individu Asperger banyak dipengaruhi oleh kondisi sensorik. Masalah sensorik, terutama sensitivitas yang berlebihan terhadap stimulus dari lingkungan, dapat menimbulkan perasaan cemas berlebihan dan *stimuli overload*. Perasaan frustrasi akibat penolakan dari lingkungan dan perasaan tidak dipahami semakin meningkatkan emosi negatif dan dapat memunculkan agresivitas (Fitzpatrick, Srivorakiat, Wink, Pedapati, & Erickson, 2016; Andrews, Brothers, Sauvé, Nangle, Erdley, & Hord, 2019; Yamada, *et al,* 2020).

Masalah Sensorik pada Individu Asperger

Berdasarkan penelitian neurologis pada anak-anak dengan spektrum autisme (SA) diketahui bahwa sebagian besar dari mereka memiliki gangguan pengolahan sensorik (*sensory processing disorder* atau SPD) (Rydeen, 2001). SPD adalah gangguan yang menyebabkan ketidakmampuan dalam menggunakan informasi yang diterima indera-indera tubuh agar dapat berfungsi dengan baik

(Chen *et al.,* 2018; Tavassoli, 2018; DelCarmen-Wiggins & Carter, 2019). Gangguan ini memunculkan sekumpulan simtom yang merupakan respon aversif terhadap stimulus sensorik yang sebenarnya tidak berbahaya, misalnya respon berlebihan terhadap stimulus dan tingkah laku stimulasi diri yang seringkali dianggap aneh (Schneider, *et al.,* 2019). Masalah dalam memroses input sensorik juga menyebabkan anak dengan SA tidak mampu menyaring input-input yang tidak relevan sehingga seringkali gagal dalam mengolah informasi penting dan cenderung mudah stres, cemas, dan frustrasi. SPD tidak hanya terjadi pada masa kanak-kanak tetapi terus berlanjut sampai masa dewasa. Namun demikian kondisi sensorik mereka bis menjadi lebih baik dengan terapi *sensory integration* dan proses adaptasi terhadap lingkungan.

Secara umum, gangguan pengolahan sensorik terbagi menjadi tiga kategori utama (Kranowitz, 2005):

1. Gangguan Modulasi Sensorik (*Sensory Modulation Disorder*), yaitu masalah dalam meregulasi respon terhadap input sensorik. Sebagian anak merespon secara berlebihan terhadap sensasi dari lingkungan (hipersensitivitas), sebagian lainnya menunjukkan respon minimal (hiposensitivitas) dan ada pula yang selalu mencari input sensorik
2. Gangguan Diskriminasi Sensorik (*Sensory Discrimination Disorder*), yaitu kesulitan membedakan suatu input sensorik dengan yang lainnya.
3. Gangguan Motorik Berbasis Sensorik (*Sensory-Based Motor Disorder*), yaitu masalah pada postur tubuh dan kesulitan dalam merencanakan serta melakukan tingkah laku tertentu.

Pada individu dengan integrasi sensorik yang baik, otak memiliki kemampuan untuk mengorganisasi dan memproses input sensorik serta menggunakan input tersebut untuk berespon secara tepat pada situasi khusus. Sebaliknya, pada individu dengan disfungsi sensorik, terjadi gangguan pada pencatatan dan interpretasi sensorik sehingga mengakibatkan masalah pada proses belajar, perkembangan, atau tingkah laku (Kranowitz, 2005; Magnuson & Constantino, 2011). Orang-orang dengan masalah sensorik cenderung menarik diri dari lingkungan, seperti yang terjadi pada individu Asperger. Penyebabnya

bukan karena mereka tidak menyadari atau tidak peduli pada lingkungan, tetapi justru karena mereka terlalu sadar akan stimulus dari luar. Dunia dirasakan terlalu menekan dan berlebihan sehingga mereka memilih untuk menarik diri (Istvan, Nevill, & Mazurek, 2020; Mazurek, Dovgan, Neumeyer, & Malow, 2019; Kojovic, Ben Hadid, Franchini, & Schaer, 2019)

Depresi pada Individu Asperger

Sebelum membahas mengenai depresi pada individu Asperger, dalam sub pembahasan ini penulis terlebih dahulu akan memaparkan mengenai depresi secara umum. Istilah depresi dan stres seringkali diartikan secara sama dalam masyarakat. Tidak sedikit masyarakat yang memiliki pemahaman kurang tepat dalam penggunaan istilah stres dan depresi. Stres merupakan kondisi tertekan yang dialami ketika tuntutan melebihi kapasitas yang dihadapi individu (Rus, Delcea, & Siserman, 2019). Stres dapat menghilang apabila permasalahan yang dihadapi telah terurai dan dapat diselesaikan. Sementara depresi merupakan gangguan *mood* (suasana hati) yang serius, dan biasanya akan memengaruhi secara negatif perasaan, pikiran, dan tindakan seseorang. Menurut DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder-V*), seseorang mengalami depresi jika secara terus-menerus merasakan perasaan sedih, putus asa, serta kehilangan minat pada aktivitas yang sebelumnya disukai. Individu juga dapat mengalami gejala fisik seperti nyeri yang kronis dan masalah pencernaan (APA, 2013). Individu yang mengalami depresi juga memiliki perasaan bersalah, harga diri yang rendah, mengalami gangguan tidur atau nafsu makan, perasaan lelah, dan memiliki konsentrasi yang buruk. Depresi dapat berlangsung lama dan berulang, serta dapat menggangu fungsi individu di tempat kerja, sekolah, dan fungsi sehari-hari. Pada kondisi yang parah, depresi dapat menyebabkan seseorang untuk bunuh diri (WHO, 2017).

WHO membagi depresi ke dalam 2 sub kategori utama, yaitu gangguan depresi mayor (episode depresif) dan distimia. Gangguan depresi mayor memiliki gejala-gejala seperti suasana hati yang tertekan, kehilangan minat dan kesenangan, serta penurunan energi. Berdasarkan jumlah dan tingkat keparahan

gejalanya, gangguan depresi mayor dibagi menjadi tiga tingkat, yaitu ringan, sedang, dan berat. Sedangkan jenis depresi distimia adalah bentuk yang persisten atau kronis dari depresi ringan. Distimia memiliki gejala yang mirip dengan gangguan depresi mayor, akan tetapi cenderung kurang intens dan bertahan lebih lama.

Tidak ada faktor tunggal yang berpengaruh terhadap gangguan depresi, etiologi gangguan depresi mayor dipengaruhi oleh berbagai faktor. Penelitian-penelitian menyebutkan bahwa seseorang yang memiliki kepribadian neurotik yang ditandai dengan emosi-emosi negatif seperti cemas, merasa bersalah, kesepian, dan mudah tersakiti, berisiko untuk mengalami gangguan depresi mayor. Perubahan genetik, biokima, dan neurologis, dimana gangguan depresi mayor sering dikaitkan dengan perubahan volume otak khususnya pada bagian hipokampus (Belmaker & Agam, 2008). Faktor lingkungan yang berpengaruh antara lain pengalaman kekerasan, baik secara seksual, fisik, maupun emosional di masa kanak-kanak ataupun remaja. Kekerasan ini bisa terjadi baik di lingkungan rumah, sekolah atau keduanya (Otte, *et al,* 2016; Han, *et al,* 2019; Romo-Nava, *et al.,* 2019; Speed, Hemani, Speed, Børglum, & Østergaard, 2019)

Depresi merupakan masalah psikologis yang juga banyak dialami oleh individu Asperger (Hudson, Hall, & Harkness, 2019). Penyebab depresi pada individu Asperger tidak sama dengan pada orang-orang *neurotypical* karena sangat dipengaruhi oleh karakteristik khusus pada individu Asperger, yaitu gangguan pengolahan sensorik dan kurangnya dukungan sosial yang diperoleh (Wigham, Barton, Parr, & Rodgers, 2017; Hedley, Uljarević, Foley, Richdale, & Trollor, 2018; Keller, Borroz, Chieregato, 2019). Kebanyakan individu Asperger memilih untuk menyimpan sendiri masalah-masalahnya karena tidak banyak orang yang bisa memahami mereka, termasuk orang tua dan saudara kandung (Heasman & Gillespie, 2017; Laghi, *et al.,*2017). Mereka juga kesulitan untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan karena terbatasnya kapasitas untuk komunikasi verbal, terutama saat harus menceritakan pengalaman yang berkaitan dengan interaksi sosial, emosi yang intens dan kebingungan yang dirasakan (Guststein & Sheely, 2002; Frank, Schulze, Hellweg, Koehne, & Roepke, 2018; Wieckowski, Swain, Abbott, White, 2019).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa depresi terutama disebabkan oleh hambatan dalam interaksi sosial sehingga individu Asperger umumnya mengalami *bullying,* tidak memiliki teman, dan merasa kesepian (Finke, 2016; Sterrett, Shire, & Kasari, 2017; Hwang, Kim, Koh, & Leventhal, 2017; Morton, Gillis, Mattson, & Romanczyk, 2019). Berdasarkan penelusuran pada hasil-hasil penelitian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa tingginya kemunculan depresi pada remaja dengan SA dapat disebabkan oleh kesulitan mengidentifikasi dan memahami emosi-emosi yang dirasakan. Akibatnya mereka kesulitan untuk menerapkan cara regulasi emosi yang tepat, yaitu lebih banyak menekan ekspresi emosi daripada melakukan penilaian kognitif terhadap emosi-emosi yang dirasakan (Santomauro, Sheffiels, & Sofronoff, 2015).

Sebagai konselor yang menangani masalah-masalah pernikahan dan keluarga, saya (ASG) memiliki cukup banyak klien keluarga yang memiliki anak dengan spektrum autisme. Disamping itu beberapa klien remaja dan dewasa Asperger datang berkonsultasi atas keinginan sendiri karena memiliki banyak masalah dalam pergaulan, akademik dan hubungan dengan orang tua. Berikut ini kisah dari tiga klien saya, dewasa Asperger, yang mengalami depresi berkepanjangan. Cuplikan kisah serta ungkapan masing-masing menunjukkan bahwa mereka memiliki penghayatan yang mendalam tentang emosi-emosi mereka, dapat melakukan refleksi diri, namun masih merasa tidak dipahami dan tidak diterima sebagaimana adanya oleh orang-orang di lingkungan mereka.

1. ***Chana***

Chana datang berkonsultasi dengan tujuan untuk mengetahui diagnosis yang tepat untuk masalah yang telah dihadapinya cukup lama. Ia merasa emosinya tidak stabil, memiliki cara berpikir yang berbeda dibandingkan orang-orang lain, mengalami *mood* depresi, cenderung gelisah, dan kesulitan dalam mengekspresikan diri secara verbal. Untuk mencari penjelasan mengenai kondisinya, Chana berkonsultasi dengan psikiater dan psikolog dan kemudian mendapatkan diagnosis Bipolar. Karena merasa diagnosis yang diperoleh kurang tepat, Chana mencari informasi tentang kondisi dirinya dan akhirnya banyak membaca tentang *high functioning autism* serta ikut dalam *group chat* dengan

kelompok individu Asperger. Setelah mendapat penjelasan dari teman-teman yang punya masalah sama, Chana menjadi lebih paham tentang dirinya. Semua pengalaman masa lalunya menjadi lebih masuk akal: mengapa dia merasa berbeda, mengapa dia selalu tidak betah di tempat baru, mengapa hal-hal sepele bisa membuatnya sangat tertekan dan ingin bunuh diri, mengapa orang lain sangat sulit memahami pemikirannya.

> *"Sejak kecil saya sudah merasa berbeda dibandingkan teman-teman dan orang-orang di sekitar saya. Di dalam keluargan, saya termasuk yang paling pendiam, tidak nyaman berdekatan dengan keluarga (termasuk kedua orang tua serta kakak dan adik) karena seringkali ada perasaan asing/aneh yang tidak dapat dijelaskan dan tingkah laku saya juga berbeda. Sejak berusia sekitar 6 tahun, saya sudah memiliki keinginan untuk bunuh diri. Saya pernah pegang pisau di kamar, menangis, rasanya ingin menusuk ke badan. Dari kecil saya selalu merasa saya merepotkan orang lain karena saya sulit mengungkapkan yang ada di kepala sementara orang lain tidak mengerti saya. Jadi yang ada di pikiran saya mungkin kalau saya ngga ada itu akan membuat semua lebih baik. Saya paling rewel diajak pergi. Mama pernah bilang saya ini tiada hari tanpa menangis. Orang sempat mengira saya cari perhatian".*

> *"Sepanjang hidup saya kesulitan menjalin pertemanan dan berinteraksi sosial. Akibatnya saya mengalami bullying di sekolah dan tempat kerja. Saat menjalin hubungan romantis, saya juga dinilai oleh pacar memiliki kesulitan berkomunikasi, obsesi pada kerapihan dan keteraturan, memiliki ritual yang harus dilakukan setiap hari. Saya memang sangat taat pada jadwal harian yang telah ditentukan dan keterlambatan dari jadwal dapat membuat saya sangat kesal, kemudian mulai gelisah dan marah dengan menangis. Terkadang saya sampai mengamuk dengan menggigit tangan saya atau memukul kepala dan badan".*

Dalam sesi konseling, saya menggali masalah-masalah sensori yang dimiliki Chana. Ternyata sebagian besar masalah yang dihadapinya bersumber pada masalah dalam pengolahan input sensorik (*Sensory Processing Disorder)*. Beberapa masalah yang dirasakan amat mengganggu adalah hipersensitivitas pendengaran (sangat sensitif pada suara-suara di sekitar yang menyebabkan sakit kepala dan sulit konsentrasi) dan hipersensitivitas visual (sangat terganggu dengan cahaya dan sinar lampu yang dirasakan sangat menyilaukan).

Sejak bekerja Chana sudah merasa tidak cocok karena harus berinteraksi dengan banyak orang. Ia mengalami stres yang tinggi dan saat itu belum menyadari masalah sensori yang dimilikinya. Chana sering merasa *overwhelmed* saat berada di kantor sehingga ia harus beberapa kali pergi kamar kecil untuk menenangkan diri. Ia menggambarkan pengalaman depresinya seperti ini:

> *"Waktu saya berada pada masa depresi, saya malas melakukan banyak hal. Saya pernah tidak mandi selama seminggu. Pernah menenggak obat lebih dari dosis, berharap besok pagi tidak bangun lagi… ternyata masih bangun. Setelah bangun saya masih paksakan diri ke kantor. Dalam kondisi itu semua saya tetap berusaha bekerja dan efeknya saya sering ke kamar mandi, menggigit tangan dan memukul kepala. Saya juga sempat mengalami setiap hari hanya ingin suicide… sedang duduk di kantor, rasanya muncul keinginan bunuh diri… Dari luar tidak tampak tapi itu ada di dalam kepala saya. Ada rasa ingin loncat dari gedung tinggi, atau lari ke tengah jalan agar ditabrak, atau ke rel kereta, atau minum obat overdosis, dll. Naik bus, rasanya ingin loncat ke luar".*

2. ***Denny***

Denny pertama kali datang untuk berkonsultasi pada saat ia kelas 2 SMA. Saat itu Denny kesulitan untuk mengikuti beberapa mata pelajaran yang tidak disukainya sehingga nilai-nilainya cenderung rendah. Sementara untuk pelajaran yang disukai, Denny bisa mencapai nilai yang tinggi. Disamping itu Denny banyak menceritakan kebingungannya dalam interaksi sosial. Walaupun

memiliki cukup banyak teman dan aktif mengikuti kegiatan keorganisasian di sekolah, Denny selalu merasa berbeda, sering bingung harus berkata apa, dan kesepian. Penghayatan ini disampaikan dalam suratnya kepada saya sebagai konselornya:

> *"Saya masuk ke dalam banyak lingkungan komunitas. Mulai dari komunitas glamour yang suka pergi ke mall, komunitas underground, komunitas rohani islam, sampai komunitas yang hanya lebih memilih perkumpulan kecil seperti saya dulunya. Namun tidak satu pun saya lanjutkan. Saya mulai merasa tidak nyaman. Saya mulai memikirkan kembali sifat "tinggi hati" yang baru muncul belakangan. Ternyata mereka tidak begitu memperhatikan saya. Mungkin saya hanya orang yang bagus pada "first impression". Sisanya, lambat laun semuanya hampir kembali seperti biasa, melihat sifat dasar saya yang lebih banyak diam. Tahun pertama di SMA saya isi dengan sebuah lubang besar yang entah apa itu berisi kebenaran atau kesalahan, otak saya terus berputar memikirkannya."*

> *"Tahun kedua, tepatnya kelas XII, adalah masa yang paling besar mengisi kenangan yang ada di diri saya. Yap, sebelum masuk kelas ini, saya berdoa kepada Allah untuk diberkati teman-teman yang benar-benar sesuai. Dan impian saya pada saat itu hampir terwujud. Walau awalnya tetap canggung, saya menemui banyak orang yang sama kegemaran dengan saya. Lelucon-lelucon yang saya mengerti, jalan-jalan ke tempat yang biasa saya jelajahi, nge-band di waktu senggang dengan lagu yang saya biasa dengar, semua saling berbagi satu sama lain. Saya mendapat banyak teman, banyak sekali. Saya seperti melihat mereka mempercayai saya."*

> *"Ternyata semua itu berhenti pada titik tertentu. Di tahun akhir masa SMA, dimana saya kembali merasa terpojok karena tidak bisa bergaul dengan teman sekelasku, saya mulai merasa kesenjangan di*

antara kami. Saya mulai menyendiri karena banyak masalah di pikiran saya. Pikiran saya mulai kacau, melihat sahabat-sahabat saya yang masih bisa tertawa di tengah kesuraman saya."

Lulus SMA, Denny berhasil masuk ke jurusan seni rupa dan menciptakan kreasi-kreasi yang sangat baik. Tidak lama setelah menjadi mahasiswa Denny sudah ikut serta dalam pameran-pameran produk di Indonesia dan di luar negeri. Keberhasilannya ini merupakan buah dari kerja keras dan obsesinya terhadap seni:

"Menggambar dan musik…. dua hal ini selalu menemani saya untuk berusaha di bidang tersebut. Dua hal ini sudah melebihi hobi, saya terobsesi dengannya, saya ingin hidup dalam dunia seni. Merancang suatu hal yang baru seperti kendaraan, atau berada di atas panggung ciptaan saya sendiri. Kedengarannya seperti kekanak-kanakan. Tetapi saya terus membayangkan hal ini. Ini adalah salah satu alasan mengapa saya ingin ke luar negeri, dibanding berusaha di Indonesia yang hanya penuh teori dan pemahaman fakta. Diri yang penuh obsesi membuat saya hidup dalam banyak perencanaan. Saya lebih memilih serius melakukan sesuatu hal yang oleh banyak orang dianggap santai atau sekadar refreshing."

Keinginan untuk melanjutkan sekolah ke luar negeri akhirnya tercapai ketika Denny mendapatkan beasiswa untuk mengambil gelar Magister di Inggris. Karya seninya semakin dikenal secara luas dan berbagai pameran di Eropa telah diikutinya. Denny tentunya merasa bangga dengan pencapaiannya, hidupnya terasa lebih baik selama beberapa waktu. Namun ternyata kesepian yang telah dirasakan sejak masa sekolah selalu ada dalam kehidupannya. Semakin lama terasa semakin menekan karena Denny terus mencari orang-orang yang bisa memahaminya, tetapi belum juga ditemui. Kesulitannya dalam menjalin hubungan yang intim secara emosional berakhir dengan perginya orang terdekat Denny. Itulah awal mula Denny mengalami depresi yang cukup panjang.

Beberapa kali Denny dapat bangkit kembali tetapi kemudian semakin menutup diri dan merasa hidup terlalu berat untuk terus dijalani.

"Sudah beberapa tahun berlalu sejak saya lulus dari perguruan tinggi. Saya mendapat banyak kesempatan yang sebelumnya tidak pernah terbayang, dari mendapat berbagai penghargaan, mengikuti berbagai kegiatan di luar negeri, sampai melanjutkan studi pascasarjana. Pencapaian ini membuat saya dipandang sebagai sosok yang extraordinary. Beberapa kali saya juga diundang menjadi pembicara dan mentor untuk berbagi pengalaman saya."

"Kenyataan yang terlihat di muka ternyata tidak sama dengan apa yang terjadi di baliknya. Saya harus membangun karier bersamaan dengan berobat jalan untuk menyembuhkan jiwa saya. Meski mahir membuat karya, namun menjalankan bisnis dimana saya harus berhadapan dengan berbagai pihak merupakan hal yang rumit. Kepribadian saya yang mudah tersinggung dan sulit mengerti situasi membuat saya kewalahan merespon dunia persaingan bisnis yang cukup dingin dan keji. "

"Saya terus berusaha, mengikuti saran dosen saya untuk "fake it until you make it", tetapi saya sampai di satu titik dimana permasalahan personal dan profesional datang bersamaan dan tidak lagi bisa dibendung. Mengalami burnout, saya kembali masuk rumah sakit dan menjalani pengobatan yang lebih intensif. Apakah saya mau terus hidup seperti ini? Apakah saya harus membuang mimpi saya untuk mendapatkan kehidupan yang lebih stabil? Dan jika saya memilih kehidupan, sebagai individu yang memiliki kelainan khusus, apakah ini jalan yang menjanjikan untuk memulihkan kesehatan saya?"

3. *Lyra* (bukan nama sebenarnya)

Sejak pertama saya mengenal Lyra, saya langsung bisa melihat bahwa ia sangat suka bercerita, dengan panjang dan penuh detil. Ia juga sangat pandai. Dalam konseling Lyra selalu berbicara sangat cepat dan dalam bahasa Inggris sehingga selalu ada waktu-waktu saya perlu memintanya untuk bicara lebih lambat dan mengecek apakah saya memahami ceritanya dengan benar. Ciri-ciri Aspergernya sudah tampak sejak sesi awal saya bertemu dengannya. Tetapi saya tidak perlu menyampaikannya karena Lyra kemudian menyadari kondisinya. Menjadi lebih mudah karena ia mempunyai adik yang didiagnosis Spektrum Autisme dan orang tuanya juga aktif dalam kegiatan-kegiatan penyebaran informasi tentang autisme.

Lyra sempat tinggal di luar negeri selama beberapa tahun karena orang tuanya mendapat tugas di luar Indonesia. Ternyata pengalaman di tempat baru tidak dilaluinya dengan mudah. Lyra mengalami periode depresi yang juga terkait dengan kekasihnya. Setelah kembali ke Indonesia, Lyra berhasil menjalani kuliah dengan cukup baik dan menemukan kelompok yang memiliki hobi yang sama dengannya.

Untuk artikel ini saya meminta Lyra untuk menulis kisahnya, terutama penghayatannya terhadap diri dan kehidupannya. Dalam waktu 2 hari berselang Lyra menyerahkan tulisan yang sangat indah dan menyentuh. Berikut ini cuplikan dari penghayatan terhadap dirinya:

> *"I've never really considered that I might have ASD. I knew from a young age that my brother was diagnosed with it, and I never gave it further thought besides the occasional, "Oh, my brother is autistic. But he's my brother, so." I saw that he went through a lot of complicated diets; he couldn't eat the same things I was eating. I heard my mother say that he couldn't eat gluten, and I didn't really understand it, but it meant he couldn't eat a lot of things, but I could. And I'd just sort of began to accept it as a fact of life. He was autistic, so he had to go through all the rigorous diets, and the rigorous medications. I didn't,*

so it follows that I wasn't autistic."

(Saya tidak pernah membayangkan bahwa saya memiliki ASD. Saat masih kanak-kanak saya tahu bahwa saudara lelaki saya didiagnosis dengan gangguan itu, namun selanjutnya saya tidak pernah memikirkannya kecuali kadang-kadang, "Oh, saudara lelaki saya autistik. Tetapi bagaimana pun dia saudara saya, bukan?" Saya lihat dia harus menjalani banyak diet yang rumit; dia tidak bisa memakan jenis-jenis makanan sama seperti yang saya makan. Saya dengar ibu saya mengatakan bahwa dia tidak bisa makan 'gluten' (protein yang berasal dari gandum-ganduman) dan saya tidak sungguh-sungguh mengerti maksudnya, tetapi artinya dia tidak bisa makan banyak jenis makanan, sedangkan saya bisa. Selanjutnya saya mulai menerima bahwa itu merupakan salah satu kenyataan hidup. Dia autistik, maka harus menjalani segala diet secara ketat, dan pengobatan secara ketat. Sedangkan saya tidak, maka berarti saya tidak autistik.")

"And then I started struggling with… a lot of things. Things I found I had in common with my brother. We both hated loud noises. I don't know about him, but it hurts my ears. I avoided hand dryers and vacuum cleaners for the longest time. I disliked some clothes because the material felt like I was wearing clothes made out of nails, sharp ends lining the inside of the clothes. I avoided eating some foods because they were "sensory no-no" for me (though I didn't come up with the term until I was able to get in touch with other autistic individuals online and had a lot of names for the emotions I felt). I'm not sure if it comes with being autistic too, but it was just very difficult to put names to emotions I felt. Maybe because they're not the neurotypical kind of emotions, so I didn't know how to label some sensations and emotions."

("Kemudian saya mulai mengalami kesulitan …dengan banyak hal. Hal-hal yang saya rasakan memiliki kesamaan dengan yang dialami saudara lelaki saya. Kami sama-sama membenci suara-suara yang bising. Saya tidak tahu seperti apa yang dirasakannya, tetapi suara bising semacam itu menimbulkan rasa sakit pada kedua telinga saya. Lama sekali saya menghindari menggunakan pengering tangan dan penyedot debu elektrik. Saya membenci pakaian-pakaian tertentu sebab bahannya membuat saya serasa mengenakan pakaian terbuat dari paku-paku, dengan ujung-ujungnya yang tajam memenuhi bagian dalam pakaian-pakaian itu. Saya mengindari memakan makanan tertentu sebab terasa "sensory no-no" bagi saya (kendati saya tidak bisa menemukan istilahnya sampai saya berkenalan dengan sesama orang autistik melalui internet dan menjadi mengenal banyak sebutan untuk emosi-emosi yang saya rasakan). Saya tidak yakin apakah ada kaitannya dengan kondisi autistik saya, namun sangat sulit memberi nama pada emosi-emosi yang saya rasakan. Mungkin karena emosi-emosi itu tidak termasuk jenis emosi-emosi neurotipikal, maka saya tidak bisa memberikan sebutan pada sejumlah sensasi dan emosi tertentu.")

" I would go on to spend a lot of my life facing difficulties that really would have made sense had I known that I was autistic, but without this knowledge I was often left feeling inadequate. At some point, subhuman. Like I was playing this game, with everyone else, but everyone knew the rules and I didn't. And I kept asking everyone for the rules, but they said I should already know it. But I didn't, and it felt like I wasn't good enough. Like I was a failure. Like my shortcomings were because I was a bad person. Because I wasn't good enough. And that I was never going to be. It was so damaging to my psyche and my self-confidence that I was allowed to believe that I was not autistic when I was trying my best to navigate life with autistic

symptoms where my brother had support (he had a specialized IEP, Individualized Education Program); I struggled in silence."

("Rasanya saya akan terus menjalani kehidupan dipenuhi aneka kesulitan yang akan saya pahami andai saja sejak dulu saya tahu bahwa saya autistik, namun karena tidak tahu maka saya sering merasa tak berdaya. Sampai titik tertentu, saya merasa berada di bawah taraf manusiawi. Rasanya seperti terlibat dalam sebuah permainan, bersama orang lain, semua orang lain mengetahui aturan permainannya sementara saya tidak. Saya seperti terus bertanya kepada tiap orang tentang aturan permainan itu, tetapi mereka mengatakan seharusnya saya sudah tahu. Karena saya benar-benar tidak tahu, maka saya merasa dungu. Saya merasa gagal. Saya merasa, kekurangan-kekurangan itu saya miliki karena saya jahat. Karena saya bodoh. Saya merasa tidak akan pernah meraih apa yang saya inginkan. Pengalaman itu begitu menghancurkan jiwa dan kepercayaan-diri saya sampai muncul keyakinan dalam diri saya bahwa saya tidak autistik sementara dalam kenyataan saya sedang berusaha keras menjalani kehidupan di tengah simtom-simtom autistik, sedangkan saudara lelaki saya mendapatkan dukungan (dia beruntung mendapatkan IEP, *Individualized Education Program*, khusus; sementara saya bergulat sendiri dalam diam.")

"When I started recognizing these signs that could possibly mean that I'm autistic, I asked my mom if I could get tested. That's when I figured out that my mother did have me tested, but she said since I was only "borderline", it was fine. That's also when I knew that my parents didn't want to deal with a second autistic child, and that no matter what she said she subconsciously rejected the idea that I wasn't the normal daughter she thought I had. I learned later that the feeling I felt was "invalidated"."

(“Ketika saya mulai mengenali tanda-tanda ini bahwa kemungkinan saya autistik, saya bertanya kepada ibu apakah boleh saya menjalani tes. Pada saat itulah saya mengetahui bahwa ternyata ibu sudah meminta saya untuk dievaluasi, namun dia berkata karena kasus saya hanya “borderline”, maka artinya saya baik-baik saja. Saat itu juga saya menjadi tahu bahwa orang tua saya tidak ingin memiliki anak kedua yang autistik, dan apa pun yang dikatakannya, secara bawah sadar sesungguhnya dia sedang berusaha menolak pikiran bahwa saya bukanlah anak normal seperti yang sebelumnya dia pikirkan. Baru kemudian saya tahu bahwa perasaan yang saya miliki tidak “divalidasi atau diakui”.)

“I don’t wanna be cured either. I’m happy to be autistic. The problem in being autistic is the world thinking there’s something wrong with me that needs fixing, instead of helping me cope and retain this important part of my identity and who I am. Being autistic influences the way I see the world and I don’t want that taken away from me. There’s nothing wrong with being autistic, anyway. The only reason I’m made to feel like it’s wrong is because this world favors the abled.”

(“Saya pun tidak ingin disembuhkan. Saya bahagia karena saya autistik. Masalah yang saya rasakan sebagai orang autistik adalah karena dunia berpikir bahwa ada sesuatu yang salah pada diri saya yang perlu diperbaiki, bukannya menolong saya menghadapi dan mempertahankan bagian penting identitas saya dan siapa diri saya ini. Menjadi autistik mempengaruhi cara saya memandang dunia dan saya tidak ingin itu direnggut dari saya. Tidak ada yang salah dengan menjadi autistik. Satu-satunya alasan yang membuat saya merasa bahwa itu salah ialah karena dunia lebih berpihak pada mereka yang dianugerahi kemampuan.”)

Penutup

Depresi merupakan gangguan yang dialami oleh banyak orang di seluruh dunia. Penyebabnya sangat kompleks sehingga perlu dipahami dari sudut pandang psikologis, medis, sosial dan budaya. Penanganan bagi individu dengan depresi dapat dilakukan dengan berbagai cara, baik secara medis ataupun psikologis. Dari sisi medis, terapi untuk gangguan depresi banyak dilakukan dengan terapi farmakologi, yaitu dengan memberikan beberapa jenis obat seperti antidepresan, *benzodiazepine, anxiolytics,* dan sebagainya (Borodovsky, Krauss, Chi, Bierut, & Grucza, 2019; Boschloo, *et al*, 2019). Selain menggunakan obat-obatan, gangguan depresi juga dapat ditangani dengan terapi *electroconvulsive*, yaitu pemberian arus listrik lemah pada otak yang mempengaruhi aktivitas otak dan bertujuan untuk menghilangkan gejala depresi dan psikotik yang parah (Lisanby, 2007; Delamarre, Galvao, Gohier, Poulet, & Brunelin, 2019).

Berbagai psikoterapi juga telah dilakukan untuk mengatasi gejala-gejala depresi, seperti *Cognitive behavior therapy* (CBT), *Interpersonal therapy* (IPT), *Problem-solving therapy* (PST), dan terapi psikodinamis. Psikoterapi dengan pendekatan kognitif dan perilaku (CBT) cukup banyak digunakan pada individu dengan depresi. Melalui terapi ini diharapkan klien menyadari ketika melakukan interpretasi negatif dan pola-pola perilaku yang memperkuat distorsi dalam berpikir (Cuijpers, *et al,* 2018; Lemmens, *et al,* 2018; Boschloo, *et al*, 2019). Sedangkan terapi interpersonal (IPT) dilakukan untuk membantu klien merasa dipahami. Terapi ini merupakan terapi yang berfokus "saat ini", dan bertujuan untuk mendorong klien memiliki kembali kontrol atas suasana hati yang dimiliki (Markowitz & Weissman, 2004; van Bronswijk, *et al,* 2018). Sementara dalam terapi pemecahan masalah (PST), klien diajarkan keterampilan untuk memecahkan masalah-masalah klien serta mengubah sikap atau keyakinan yang dapat menghambat klien dalam mengatasi masalah dengan tepat (Serrano Ripoll, 2015; Cuijpers, de Wit, Kleiboer, Karyotaki, & Ebert, 2018).

Memahami dan menangani depresi menjadi lebih sulit ketika gangguan tersebut dialami oleh individu Asperger. Hal tersebut disebabkan oleh karakteristik khusus individu Asperger seperti masalah dalam pengolahan

sensorik, kesulitan dalam ekspresi diri dan interaksi sosial, pengalaman traumatik di masa lalu seperti *bullying* dari teman sebaya, tidak dipahami oleh keluarga dan teman-teman, serta kegagalan dalam adaptasi di sekolah dan tempat kerja.

Berbagai hal dapat dilakukan terhadap individu dengan SA terkait dengan depresi, seperti mencegah munculnya depresi, mendampingi mereka yang tengah mengalami depresi, dan mengatasi gangguan depresi. Berikut ini adalah beberapa saran bagi keluarga, pasangan, teman-teman dan tenaga profesional dalam memahami individu Asperger, khususnya mereka yang mengalami depresi:

1. Melakukan observasi dengan cermat dan wawancara secara mendalam untuk menggali karakteristik Asperger pada individu. Selanjutnya psikolog dan psikiater bisa memberikan diagnosis bila diidentifikasi sejumlah ciri Asperger yang menetap.

2. Menunjukkan pemahaman dan empati terhadap pengalaman hidup individu Asperger dan membantu mereka untuk lebih mengenal kekurangan dan kekuatan pribadinya.

3. Membantu individu Asperger untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dengan beberapa alternatif pemecahan masalah yang konkret. Agar pendampingan dan bantuan yang diberikan tepat, keluarga dan tenaga profesional perlu mencari informasi tentang intervensi khusus bagi individu Asperger.

4. Tenaga profesional dapat memperluas "*safety net*" bagi individu Asperger dengan memberikan penjelasan kepada orang tua, saudara kandung, pasangan, guru/dosen, atasan di kantor mengenai kondisi individu Asperger. Dengan demikian mereka dapat lebih memahami dan memberikan bantuan yang sesuai dengan kebutuhan individu Asperger.

5. Bila individu Asperger telah mengalami depresi cukup lama maka perlu bantuan psikolog untuk memberikan konseling jangka panjang. Disamping itu dapat diberikan obat anti depresan (bila diperlukan) untuk mengurangi simtom depresi. Tenaga profesional perlu membantu

individu Asperger untuk menemukan komunitas yang dapat memberikan dukungan emosional dan mengembangkan *sense of belongingness* seperti kelompok untuk menyalurkan hobi, kelompok pendukung bagi para individu Asperger, kelompok pendukung untuk individu dengan depresi.

Daftar Acuan

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. American Psychiatric Association.

Andrews, L. A., Brothers, S. L., Sauvé, J. S., Nangle, D. W., Erdley, C. A., & Hord, M. K. (2019). Fight and flight: Examining putative links between social anxiety and youth aggression. *Aggression and Violent Behavior, 48*(2019), 94-103. doi:10.1016/j.avb.2019.08.005

Belmaker, R. H., & Agam, G. (2008). Major depressive disorder. *New England Journal of Medicine, 358*(1), 55–68. doi:10.1056/nejmra073096

Bogdashina, O. (2005). *Communication issues in autism and asperger syndrome do we speak the same language?* Jessica Kingsley Publishers.

Borodovsky, J. T., Krauss, M. J., Chi, T., Bierut, L. J., & Grucza, R. A. (2019). Trends in prescribed central nervous system depressant medications among adults who regularly consume alcohol: United States 1999 to 2014. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 43*(7), 1510-1518. doi:10.1111/acer.14081

Boschloo, L., Bekhuis, E., Weitz, E. S., Reijnders, M., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., & Cuijpers, P. (2019). The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: Results from an individual patient data meta-analysis. *World Psychiatry, 18*(2), 183–191. doi:10.1002/wps.20630

Chen, H., Wang, J., Uddin, L. Q., Wang, X., Guo, X., Lu, F., & Chen, H. (2018). Aberrant functional connectivity of neural circuits associated with social and sensorimotor deficits in young children with autism spectrum disorder. *Autism Research, 11*(12), 1643-1652. doi:10.1002/aur.2029

Cuijpers, P., de Wit, L., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Ebert, D. D. (2018). Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *European Psychiatry, 48*(2018), 27–37. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.11.006

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Ebert, D. D. (2018). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for

adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(1), 21-30. doi:10.1017/s2045796018000057

Deckers, A., Muris, P. & Roelofs, J. (2017). Being on your own or feeling lonely? Loneliness and other social variables in youths with autism spectrum disorders. *Child Psychiatry & Human Development, 48*(5), 828–839. https://doi.org/10.1007/s10578-016-0707-7.

Delamarre, L. M D., Galvao, F. M. D., Gohier, B. M. D., Poulet, E. M. D., & Brunelin, J. (2019). How much do benzodiazepines matter for electroconvulsive therapy in patients with major depression? *The Journal of ECT, 35*(3), 184-188. doi: 10.1097/YCT.0000000000000574

DelCarmen-Wiggins, R., & Carter, A. (Eds.). (2019). *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment (*2nd ed.). Oxford University Press.

Finke, E. H. (2016). Friendship: Operationalizing the intangible to improve friendship-based outcomes for individuals with autism spectrum disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology, 25*(4), 654-663. doi:10.1044/2016_ajslp-15-0042

Fitzpatrick, S. E., Srivorakiat, L., Wink, L. K., Pedapati, E. V., & Erickson, C. A. (2016). Aggression in autism spectrum disorder: Presentation and treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12,* 1525-1538.

Frank, R., Schulze, L., Hellweg, R., Koehne, S., & Roepke, S. (2018). Impaired detection and differentiation of briefly presented facial emotions in adults with high-functioning autism and asperger syndrome. *Behaviour Research and Therapy, 104*(2018),7–13. doi:10.1016/j.brat.2018.02.005

Ginanjar, A.S. (2007). *Memahami spektrum autistik secara holistik*. [Disertasi, tidak dipublikasikan]. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

Gutstein, S. E., & Sheely, R. K. (2002). *Relationship development intervention with young children: Social and emotional development activities for asperger syndrome, autism, PDD and NLD.* Jessica Kingsley Publishers.

Han, K.-M., Kim, A., Kang, W., Kang, Y., Kang, J., Won, E., & Ham, B.J. (2019). Hippocampal subfield volumes in major depressive disorder and bipolar disorder. *European Psychiatry, 57*(2019), 70–77. doi:10.1016/j.eurpsy.2019.01.016

Harmsen, I.E. (2019). Empathy in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorder, 49*(10), 3939–3955. https://doi.org/10.1007/s10803-019-04087-w

Heasman, B., and Gillespie, A. (2017). Perspective-taking is two-sided: Misunderstandings between people with Asperger's syndrome and their family members. *Autism, 22*(6), 740–750. doi:10.1177/1362361317708287

Hedley, D., Uljarević, M., Foley, K.-R., Richdale, A., & Trollor, J. (2018). Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in Autism Spectrum Disorder. *Depression and Anxiety, 35*(7), 648–657. doi:10.1002/da.22759

Hudson, C.C., Hall, L. & Harkness, K.L. (2019). Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(2019), 165–175. https://doi.org/10.1007/s10802-018-0402-1

Hwang, S., Kim, Y. S., Koh, Y.-J., & Leventhal, B. L. (2017). Autism spectrum disorder and school bullying: Who is the victim? Who is the perpetrator? *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(1), 225–238. doi:10.1007/s10803-017-3285-z

Istvan, E. M., Nevill, R. E., & Mazurek, M. O. (2020). Sensory over-responsivity, repetitive behavior, and emotional functioning in boys with and without autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 75*(2020), 1-9. doi:10.1016/j.rasd.2020.101573

Keller R., Borroz E., Chieregato S. (2019). Depressive Disorders and ASD. Dalam R. Keller (Ed.), *Psychopathology in adolescents and adults with autism spectrum disorders*. Springer

Kojovic, N., Ben Hadid, L., Franchini, M., & Schaer, M. (2019). Sensory processing issues and their association with social difficulties in children with autism spectrum disorders. *Journal of Clinical Medicine, 8*(10), 1508-1523. https://doi.org/10.3390/jcm8101508

Kranowitz, C. S. (2005). *The out-of-sync child. Recognizing and coping with sensory processing disorder* (2nd ed.). A Skylight Press Book.

Laghi, F., Lonigro, A., Pallini, S., Bechini, A., Gradilone, A., Marziano, G., &

Baiocco, R. (2017). Sibling relationships and family functioning in siblings of early adolescents, adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Child and Family Studies, 27*(3), 793–801. doi:10.1007/s10826-017-0921-3

Lemmens, L. H. J. M., van Bronswijk S. C., Peeters F., Arntz A., Hollon S. D., & Huibers M. J. H. (2018). Long-term outcomes of acute treatment with cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for adult depression: Follow-up of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *49*(3), 465-473. https://doi.org/10.1017/S0033291718001083

Lisanby, S. H. (2007). Electroconvulsive therapy for depression. *New England Journal of Medicine, 357*(19), 1939-1945. doi:10.1056/nejmct075234

Magnuson, K.M., and Constantino, J.N. (2011). Characterization of depression in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32, 332-340.

Markowitz, J. C., and Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: Principles and applications. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *3*(3), 136–139.

Mazurek, M. O., Dovgan, K., Neumeyer, A. M., & Malow, B. A. (2019). Course and predictors of sleep and co-occurring problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorder, 49*(2019), 2101–2115. https://doi.org/10.1007/s10803-019-03894-5

Morton, H. E., Gillis, J. M., Mattson, R. E., & Romanczyk, R. G. (2019). Conceptualizing bullying in children with autism spectrum disorder: Using a mixed model to differentiate behavior types and identify predictors. *Autism, 23*(7),1853-1864 doi:10.1177/1362361318813997

Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 2*(16065), 1-20. doi:10.1038/nrdp.201

Rydeen, K. (2001). Integration of sensorimotor and neurodevelopmental approaches. Dalam R.A. Huebner (Ed). *Autism. A sensorimotor approach to management.* An Aspen Publication.

Romo-Nava, F., Bobadilla-Espinosa, R. I., Tafoya, S. A., Guízar-Sánchez, D. P.,

Gutiérrez, J. R., Carriedo, P., & Heinze, G. (2019). Major depressive disorder in Mexican medical students and associated factors: A focus on current and past abuse experiences. *Journal of Affective Disorders, 245*(2019), 834–840. doi:10.1016/j.jad.2018.11.083

Rus, M., Delcea, C., & Siserman, C. (2019). The relationship between emotional distress and neuroticism at the operational personnel of ambulance services. *Romanian Journal of Legal Medicine, 27*(3), 279-284.

Santomauro, D., Sheffiled, J., & Sofronoff, K. (2015). Depression in adolescents with ASD: A pilot RCT of a group intervention. *Journal of Autism Developmental Disorders*. DOI 10.1007/s10803-015-2605-4

Sedgewick, F., Hill, V., Yates, R., Pickering, L., & Pellicano, E. (2016). Gender differences in the social motivation and friendship experiences of autistic and non-autistic adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(4), 1297–1306. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2669-1

Serrano Ripoll, M. J., Oliván-Blázquez, B., Vicens-Pons, E., Roca, M., Gili, M., Leiva, A., & García-Toro, M. (2015). Lifestyle change recommendations in major depression: Do they work? *Journal of Affective Disorders, 183,* 221–228. doi:10.1016/j.jad.2015.04.059

Schneider, M. L., Moore, C. F., Ahlers, E. O., Barnhart, T. E., Christian, B. T., DeJesus, O. T., & Converse, A. K. (2019). PET measures of D1, D2, and DAT binding are associated with heightened tactile responsivity in rhesus macaques: Implications for sensory processing disorder. *Frontiers in Integrative Neuroscience, 13*(29), 1-13. doi:10.3389/fnint.2019.00029

Speed, D., Hemani, G., Speed, M. S., Børglum, A. D., & Østergaard, S. D. (2019). Investigating the causal relationship between neuroticism and depression via Mendelian randomization. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 139*(4), 395–397. doi:10.1111/acps.13009

Sterrett, K., Shire, S., & Kasari, C. (2017). Peer relationships among children with ASD. *International Review of Research in Developmental Disabilities, 52*(2017),37–74. doi:10.1016/bs.irrdd.2017.07.006

Sundberg, M. (2018). Online gaming, loneliness and friendships among

adolescents and adults with ASD. *Computers in Human Behavior, 79, 105–110.* doi:10.1016/j.chb.2017.10.020

Tavassoli, T., Miller, L. J., Schoen, S. A., Jo Brout, J., Sullivan, J., & Baron-Cohen, S. (2018). Sensory reactivity, empathizing and systemizing in autism spectrum conditions and sensory processing disorder. *Developmental Cognitive Neuroscience, 29*, 72–77. doi:10.1016/j.dcn.2017.05.005

Van Bronswijk, S. C., Lemmens, L. H. J. M., Keefe, J. R., Huibers, M. J. H., DeRubeis, R. J., & Peeters, F. P. M. L. (2018). A prognostic index for long-term outcome after successful acute phase cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *Depression and Anxiety, 36*(3), 252-261. doi:10.1002/da.22868

Wieckowski, A.T., Swain, D.M., Abbott, A.L., & White, S.W. (2019). Task dependency when evaluating association between facial emotion recognition and facial emotion expression in children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorder, 49*(2), 460–467 https://doi.org/10.1007/s10803-018-3712-9

Wigham, S., Barton, S., Parr, J.R & Rodgers, J. (2017). A systematic review of the rates of depression in children and adults with high-functioning autism spectrum disorder. *Journal Of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1-21 doi:10.1080/19315864.2017.1299267

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates.* WHO Document Production Services. www.intothelightid.org/tentang-bunuh-diri/daftar-penyedia-layanan-kesehatan-mental

Yamada, T., Miura, Y., Oi, M., Akatsuka, N., Tanaka, K., Tsukidate, N., & Laugeson, E. A. (2020). Examining the treatment efficacy of PEERS in Japan: Improving social skills among adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 50*(2020), 976–997. doi:10.1007/s10803-019-04325-1

Adriana Soekandar Ginanjar & Santy Pranawati. *The grey world of the Asperger individuals*. *This article aims to explain about depression in a special population, namely the Asperger individuals. Depression or depressive disorder is a common and serious mood disorder. Those who suffer from depression experience persistent feelings of sadness and hopelessness and lose interest in activities they once enjoyed. Individuals may also have physical symptom such as chronic pain or digestive issues. Asperger individuals show depressive symptoms similar to the general population; however the causes, experiences, and treatment are different and more complex. The main problem faced by Asperger individual is difficulties in understanding and establishing interpersonal relationships. This causes them to feel alienated, experience rejection from others, experience failure in academic and work setting. They also have sensory processing problems that affect their emotions, their perceptions of the world and the process of adapting to the physical and social environment. In this article, the authors describe depression quite comprehensively, including prevalence of depression, the diagnostic criteria for depression, and types of psychotherapy for depression. Furthermore, the specific characteristics of Asperger individuals and their problems are discussed based on objective criteria and also subjective perspective of Asperger individuals. To provide a clear and indepth description about personal experience of Asperger individuals with depression, three case examples are provided. In the closing section, this article gives some suggestions in assisting and providing interventions for Asperger individuals with depression.*

----

bagian 3

Covid-19 dan Kesehatan Jiwa

Bab 13. Bersama, Kita (Ternyata) Bisa: Sinergi Pemerintah dan Organisasi Profesi Psikologi di Indonesia dalam Intervensi Kesehatan Mental di Masa Pandemi Covid-19

Anrilia E.M. Ningdyah

Kondisi Pandemi dan Dampak terhadap Kesehatan Mental

Pandemi Covid-19 memberikan tantangan yang luar biasa terhadap kesehatan mental individu maupun masyarakat, bahkan masyarakat sedunia. Situasi pandemi Covid-19 saat ini oleh beberapa pihak disebut sebagai sebuah disrupsi luar biasa; suatu kenyataan yang membuat kita, seluruh umat manusia, menghadapi krisis kesehatan (fisik dan mental) yang bersifat lintas batas, lintas usia, lintas gender, dan lintas tingkatan sosial-ekonomi. Dampak situasi pandemi Covid-19 terhadap kesehatan mental masyarakat pada populasi umum maupun sampel kelompok yang lebih spesifik sudah banyak diteliti. Sebagian besar artikel melaporkan keluhan-keluhan mental seperti kecemasan, stres (contoh Figueroa & Aguilera, 2020; Pfefferbaum, & North, 2020; Rajkumar, 2020; Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho, & Ho, 2020), perasaan kesepian (Zhou, Snoswell, Harding, Bambling, Edirippulige, Bai, Smith, 2020), dan adanya peningkatan keluhan-keluhan kesehatan mental baik yang bersifat umum maupun spesifik seperti depresi dan kecemasan dengan derajat peningkatan dan level signifikansi yang bervariasi pada setiap kelompok sampel (Nelson, Pettitt, Flannery, & Allen, 2020; Wang dkk, 2020), serta meningkatnya kerentanan terjadi masalah mental yang lebih serius pada kelompok dengan komorbid gangguan mental sebelumnya (Zhou dkk, 2020).

Situasi pandemi Covid-19 yang berlangsung dalam waktu relatif lama, yang saat ini menuju bulan ke-10 sejak virus ini pertama kali ditemukan dan diumumkan keberadaannya di Desember 2019, telah memaksa pihak otoritas

di tingkat negara hingga perkumpulan masyarakat terkecil untuk melakukan berbagai macam upaya untuk mengurangi dan mencegah risiko penularan yang lebih luas. Beberapa upaya ini, antara lain pembatasan sosial skala besar, kebijakan karantina dan isolasi, telah memberikan dampak yang meluas ke berbagai sektor kehidupan manusia, terutama sosial, ekonomi, termasuk politik. Sistem dan struktur dukungan sosial yang selama ini diandalkan untuk membantu menjaga kesehatan mental mengalami perubahan drastis. Aktivitas sosialisasi dalam bentuk pertemuan informal seperti kontak sosial dengan teman-teman dan komunitas, aktivitas olahraga, hingga sosialisasi dalam struktur dukungan sosial yang lebih formal seperti di tempat-tempat ibadah, perkantoran, ataupun sekolah, menjadi sangat terbatas, bahkan dilarang saat kondisi penularan sangat mengkhawatirkan. Kondisi ini tentu mengurangi atau bahkan menghilangkan kemungkinan diperolehnya dukungan sosial, yang dapat mengarah pada perasaan terisolasi dan meningkatkan kerentanan terjadinya keluhan psikologis (Jung & Jun, 2020). Penutupan tempat-tempat usaha dan pelarangan beraktivitas juga telah menimbulkan dampak ekonomi, yang selama ini sudah diketahui dapat menjadi salah satu penyebab/*stressor* bagi permasalahan mental (Pfefferbaum & North, 2020).

Pandemi Covid-19 dan dampak negatif terhadap kesehatan mental seperti telah dideskripsikan di atas sesungguhnya menambah *mental health burden* dan mempertajam kondisi 'ketidakcukupan' dalam pelayanan kesehatan mental yang sudah terjadi bahkan sejak sebelum masa pandemi. Di Indonesia dan juga di berbagai negara lainnya, sudah jamak diketahui bahwa terdapat *inadequacy* dalam sistem pelayanan kesehatan mental yang mengarah pada kondisi krisis ketersediaan pelayanan kesehatan mental, bahkan jauh sebelum masa pandemi (pada Figueroa & Aguilera, 2020; Thomas, Ellis, Konrad, Holzer, & Morrissey, 2009). Termasuk di dalam isu ini antara lain gap yang luas antara kebutuhan masyarakat dengan jumlah profesional kesehatan mental yang relatif terbatas dan kendala-kendala lain dalam proses tata laksana permasalahan mental baik karena keterbatasan infrastruktur maupun kondisi sosial-budaya, seperti stigma negatif yang melekat terhadap orang dengan gangguan mental yang menyebabkan terhambatnya proses penanganan masalah mental.

Upaya-upaya Mempertahankan Kesehatan Mental Masyarakat pada Konteks Internasional

Di tengah kondisi pandemi Covid-19 yang menantang ini, berbagai upaya-upaya intervensi kesehatan mental dilakukan dengan cara-cara yang 'luar biasa' demi menekan kurva tekanan psikologis. '*Flattening the curve*' juga diberlakukan pada konteks kesehatan mental: '*flattening the emotional distress curve*' (Kaslow, Friis-Healy, Cattie, Cook, Crowell, Cullum, del Rio, Marshall-Lee, LoPilato, VanderBroek-Stice, Ward, White, & Farber, 2020). Mencermati kenyataan dari situasi pandemi yang pernah terjadi sebelumnya, di mana jumlah penderita masalah psikologis melampaui jumlah penderita keluhan fisik yang terkait dengan penyebaran virus secara langsung (Reardon, 2015) dan implikasi pandemi terhadap kesehatan mental yang berlangsung lebih lama (Reardon, 2015; Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa, dan Benedek, 2020), maka merupakan suatu hal yang wajar dan menggembirakan bila secara serentak di seluruh dunia dilakukan upaya-upaya ekstra untuk memberikan pelayanan psikologis yang menunjang kesehatan mental masyarakat. Perubahan dramatis dalam pemberian pelayanan psikologis (Pang, Shoesmith, James, Nor Hadi, Koh, & Loo, 2020), yang diiringi oleh inovasi-inovasi dalam pemberian pelayanan di tengah situasi keterbatasan karena kondisi pandemi, merupakan prinsip-prinsip yang diperlukan untuk membantu mengurangi laju angka kenaikan permasalahan mental dan mendorong ketahanan psikologis masyarakat.

Upaya-upaya Respon Mempertahankan Kesehatan Mental Masyarakat di Indonesia

Tidak tertinggal dari gerakan-gerakan internasional untuk menunjang kesehatan mental di masa pandemi Covid-19, Indonesia juga melakukan serangkaian upaya untuk membantu penanganan keluhan psikologis dan meningkatkan kesehatan mental masyarakatnya. Beberapa inisiatif program dan kerja sama lintas institusi dilakukan, yang mana telah berhasil membukakan mata dan membuktikan bahwa sesungguhnya 'kita mampu!'. Kunci keberhasilan pelaksanaan program inovatif dalam pelayanan kesehatan mental pada masa

pandemi di Indonesia perlu diidentifikasi, termasuk peran aktif berbagai sektor pemerintahan dan organisasi, untuk menjadi input dalam melakukan telaah mengenai tindakan-tindakan yang perlu dilakukan untuk meningkatkan sinergi peran ini demi kesiapan penanganan persoalan kesehatan mental yang lebih baik lagi di masa krisis lainnya.

Kerangka Intervensi Kesehatan Mental di Masa Pandemi Covid-19

Pedoman umum strategi kesehatan mental di masa pandemi Covid-19

Dari beberapa panduan yang dikeluarkan oleh lembaga-lembaga dunia yang bergerak di bidang kesehatan, termasuk kesehatan mental, terdapat benang merah terkait respon-respon atau strategi untuk menangani, meningkatkan dan menjamin kesehatan mental masyarakat di masa pandemi Covid-19 ini. Aktivitas kesehatan mental dan pemberian dukungan psikososial ditujukan untuk mengurangi penderitaan dan memperbaiki kesehatan mental, termasuk kesejahteraan psikologis bagi orang-orang, baik yang terdampak secara langsung maupun tidak langsung oleh virus Covid-19 (PAHO, 2020; WHO & UNHCR, 2015). Intervensi psikologi yang terencana dan bersifat progresif (De Sousaa, Mohandas, dan Javed, 2020); dan, intervensi inovatif dan ekspansif (Balcombe dan De Leo, 2020) merupakan beberapa contoh bentuk intervensi kesehatan mental yang disarankan sebagai respon di masa pandemi Covid-19.

Beberapa inisiatif strategi kesehatan mental di atas sebagian besar bermuara pada rekomendasi aktivitas pelayanan pada ranah kesehatan mental yang terintegrasi, yang terdiri dari berbagai jenjang pelayanan, yang mana pada level paling mendasar merupakan pelayanan yang bersifat umum dan menyentuh populasi secara lebih luas, yang umumnya dilakukan oleh tenaga non-profesional kesehatan mental yang dilatih/dipersiapkan, hingga ke puncak relatif atas piramida yang merupakan pelayanan bersifat khusus-spesialistik bagi kelompok-kelompok yang membutuhkan penanganan spesifik terkait status kesehatan mentalnya, yang diberikan oleh para profesional kesehatan mental (IASC, 2020; PAHO, 2020; WHO & UNHCR, 2015).

Prosedur Intervensi Krisis Psikologis di Masa Darurat Kesehatan Publik

Dari sudut pandang metode pelayanan kesehatan mental, muncul beberapa strategi inovatif, baik dalam hal metode penyampaian pelayanan, jenis intervensi psikologis yang diberikan, maupun dalam hal pelibatan pemberi pelayanan di luar kelompok profesional. *E-mental health intervention* merupakan terobosan pelayanan kesehatan mental yang banyak dilaporkan pada artikel intervensi kesehatan mental di masa pandemi Covid-19 (Figueroa & Aguilera, 2020; Galea, Merchant, & Lurie, 2020; Garfin, 2020; Rauschenberg, Schick, Hirjak, Seidler, Pätzold, Apfelbacher, Riedel-Heller, & Reininghaus, 2020; Wang dkk, 2020), baik menggunakan panggilan video, telepon, ataupun teks melalui *e-mail* maupun pesan pada telepon. Penelitian mengenai efektifitas penggunaan teknologi dalam aktivitas intervensi kesehatan mental menunjukkan hasil yang cukup menjanjikan (Scott, Webb, dan Rowse, 2015), sehingga sesungguhnya terobosan terkait metode pemberian pelayanan seperti ini merupakan salah satu inovasi yang akan sangat bermanfaat, terutama dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan mental bagi kelompok yang lebih luas. Secara lebih spesifik, beberapa penelitian terkait efektifitas intervensi *e-mental health* di masa pandemi Covid-19 sudah mulai dilakukan (contohnya, Rauschenberg, Schick, Hirjak, Seidler, dan Patzold, 2020) dan dengan demikian dapat menjadi bahan pertimbangan untuk pembuatan keputusan mengenai penggunaan metode ini dalam sistem respon di masa krisis.

Terobosan dalam hal jenis intervensi psikologis yang diberikan di masa pandemi Covid-19 mengarah pada penerapan jenis intervensi kesehatan mental dengan durasi yang lebih singkat, dengan tidak mengurangi penekanan pada dasar-dasar ilmiah sebuah intervensi, serta penggunaan teknik pertolongan pertama yang diupayakan untuk menjangkau keluhan mental masyarakat pada tahap awal. Contoh-contoh jenis intervensi kesehatan mental yang digunakan pada masa pandemi Covid-19 antara lain: teknik penurunan stres dengan konsep *mindfulenss-based* dan terapi kognitif-perilaku yang diadaptasi untuk penggunaan pada konteks pandemi Covid-19 (Bauerle, 2020); ataupun Bantuan Psikologis Awal/*Psychological First Aid* (Galea,

Merchant, Lurie, 2020; IASC, 2020; Ransing, Adiukwub, Pereira-

Sanchezc, Ramalhod, Orsolinie, Teixeirag, Gonzalez-Diazh, da Costai, Soler-Vidall, Bytyçio, Hayekp, Larnaoutq, Shalbafanr, Syarifs, Nofalt, Kundadaku, 2020; IFRC, 2020; Ornell, Schuch, Sordi, Kessler, 2020).

Terobosan pelayanan kesehatan mental lainnya mencakup pelibatan unsur-unsur masyarakat non-profesional untuk memberikan intervensi kesehatan mental dengan proses pelatihan sesuai program intervensi. Dalam masa pandemi Covid-19, pelayanan yang hanya bergantung kepada tenaga profesional kesehatan mental tentulah kurang sesuai dengan kondisi peningkatan keluhan-keluhan psikologis di masyarakat. Beberapa inisiatif dalam area ini antara lain pelibatan komunitas dalam pemberian dukungan psiko-sosial dan pemberian Bantuan Psikologis Awal oleh non-profesional yang terlatih.

Beberapa kerangka kerja pelayanan kesehatan mental di masa pandemi menunjukkan adanya pelayanan berjenjang yang berusaha melakukan aktivitas kesehatan mental untuk berbagai level masyarakat, baik populasi masyarakat umum yang perlu terus diperkuat daya tahan/imunitas mentalnya maupun untuk kelompok-kelompok khusus yang karena karakteristik tertentunya rentan mendapat masalah mental ataupun mengalami gangguan mental yang membutuhkan penanganan secara khusus pula. Profesional kesehatan mental tetap menduduki posisinya sebagai penyedia pelayanan untuk permasalahan dan gangguan mental, namun memperluas perannya dengan melakukan upaya pemberian informasi, melakukan komunikasi dan edukasi secara intensif kepada populasi umum. Pemberi pelayanan kesehatan mental pada tingkatan mendasar yang banyak melibatkan pelaksanaan 'pertolongan pertama' pun diperluas; dilakukan oleh tenaga-tenaga non-profesional yang dilatih untuk dapat membantu menangani keluhan mental pada tahap awal.

Upaya Kita Bersama: Sinergi HIMPSI dan Lembaga Pemerintahan

Awal Perjalanan Menuju Pelayanan Kesehatan Mental Untuk Semua

Indonesia tidak tertinggal dalam upaya-upaya koordinasi intensif untuk memberikan pelayanan pada area kesehatan mental, terutama dalam

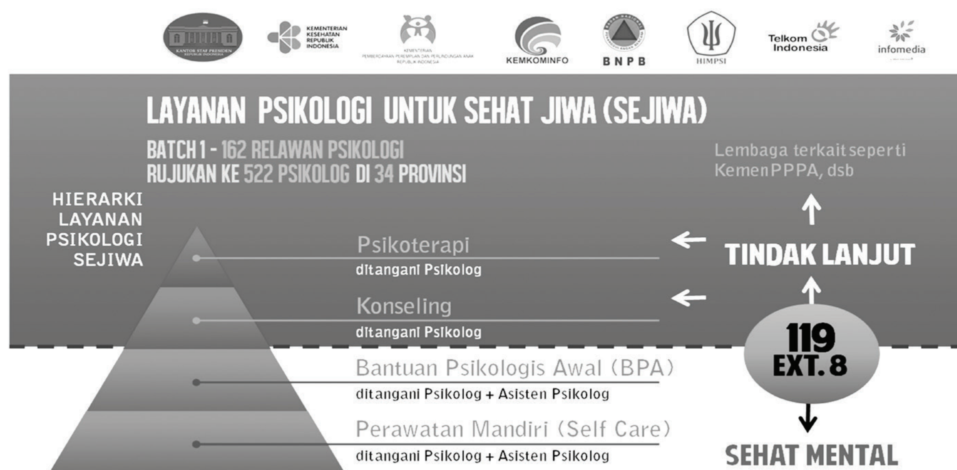
mengatasi peningkatan keluhan mental dari masyarakat di masa pandemi Covid-19. Sejak kasus pertama diumumkan oleh Presiden RI pada awal Maret 2020, beberapa aktivitas koordinasi mulai dilakukan di antara kementerian dan lembaga pemerintahan. Koordinasi pelayanan kesehatan jiwa membahas pelayanan dan terobosan yang dapat dilakukan untuk menjamin kesehatan jiwa masyarakat Indonesia. Pada pertengahan April 2020, Kantor Staf Presiden (KSP) mengundang HIMPSI untuk bergabung dan terlibat aktif dalam diskusi pemberian pelayanan kesehatan mental tersebut.

Sesungguhnya, beberapa upaya telah dilakukan HIMPSI, tidak lama berselang setelah pengumuman kasus pertama Covid-19 di Indonesia. Respon tanggap dari HIMPSI terhadap situasi pandemi Covid-19 yang segera disadari dampaknya terhadap kondisi psikologis individu maupun masyarakat adalah dengan membentuk Gugus Tugas (GT) Pelayanan Psikologis di Masa Pandemi Covid-19 pada tanggal 21 Maret 2020 yang kemudian dikukuhkan melalui Surat Keputusan Ketua Umum HIMPSI di tanggal 30 Maret 2020 (HIMPSI, 2020a). GT Himpsi Pusat maupun Himpsi Wilayah di 34 provinsi di Indonesia telah melakukan upaya-upaya untuk mempertahankan kesehatan mental masyarakat sejak itu (HIMPSI, 2020b), hingga kini.

HIMPSI melakukan penyebaran informasi dan edukasi kepada masyarakat dan komunitas terkait kesehatan mental di masa pandemi. HIMPSI juga melakukan aktivitas sosial yang bertujuan untuk membantu tenaga kesehatan, baik psikolog maupun dokter dan tenaga kesehatan lain di rumah sakit yang memerlukan bantuan Alat Pelindung Diri (APD) dalam pelaksanaan tugasnya. Aktivitas pengumpulan dana dilakukan dalam internal anggota HIMPSI Pusat maupun Wilayah dan dana hasil donasi digunakan untuk menyumbang APD pada pihak-pihak yang membutuhkan melalui mekanisme Surat Permohonan.

Kegiatan pelayanan dan penanganan terhadap keluhan kesehatan mental dalam berbagai tingkatannya dilakukan dengan dukungan 34 HIMPSI Wilayah di seluruh Indonesia dan 18 Asosiasi/Ikatan yang berada di bawah HIMPSI. Di seluruh provinsi di Indonesia, HIMPSI Wilayah juga melakukan tindakan pelayanan kesehatan mental dengan kerangka kerja yang serupa dan diikoordinasikan di bawah Gugus Tugas HIMPSI Wilayah, sebagai bagian dari Gugus Tugas HIMPSI Pusat.

Beberapa aktivitas respon kesehatan mental dalam Gugus Tugas HIMPSI ini disusun dalam sebuah piramida berjenjang (Gambar 1), yang menjelaskan jenis pelayanan: pelayanan mendasar di tingkatan paling bawah piramida hingga ke pelayanan yang bersifat khusus/spesialistik (HIMPSI, 2020c). Piramida yang sama juga menggambarkan keterangan pemberi pelayanan, di mana pada tingkat pelayanan yang mendasar, aktivitas mempertahankan kesehatan mental dilakukan bukan hanya oleh profesional namun juga dengan melibatkan masyarakat dalam program *K-I-E (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi)*, pelayanan non-profesional yang terlatih, hingga pelayanan oleh psikolog baik melalui konseling psikologis maupun psikoterapi yang bersifat lebih khusus. Piramida tersebut juga menggambarkan tingkatan sasaran: pelayanan mendasar di bagian bawah piramida ditujukan untuk populasi/masyarakat umum untuk mempertahankan dan meningkatkan imunitas mental, pelayanan selanjutnya merupakan Bantuan Psikologis Awal untuk kelompok masyarakat yang memiliki keluhan psikologis ringan, lalu berikutnya pada tingkatan atas menyasar pada kelompok-kelompok masyarakat yang memiliki permasalahan ataupun mengalami gangguan psikologis yang membutuhkan penangangan khusus oleh profesional kesehatan mental.



Gambar 1. Piramida Pelayanan Kesehatan Mental HIMPSI (HIMPSI, 2020c)

Peresmian Pelayanan SEJIWA: Salah Satu Tonggak Sejarah Upaya Intervensi Kesehatan Mental Terintegrasi

Upaya pemberian pelayanan kesehatan mental yang terintegrasi dalam konteks Indonesia diinisiasi oleh Kantor Staf Presiden (KSP). Kala itu, di pertengahan April 2020, koordinasi intensif dilakukan antara lembaga-lembaga pemerintahan yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Informasi dan Komunikasi, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, BNPB, dan melibatkan HIMPSI serta PT. Telkom Indonesia dan PT. Infomedia sebagai salah satu anak perusahaannya. KSP mengemukakan instruksi Presiden untuk membuat sebuah jalur pelayanan khusus untuk memberikan dukungan psikologis bagi masyarakat Indonesia yang tengah mengalami dampak negatif dari pandemi Covid-19. Bentuk dukungan psikologis yang diputuskan sesuai kondisi saat itu adalah Bantuan Psikologis Awal (BPA) untuk menunjang kesehatan mental masyarakat Indonesia. BPA ini diberikan dengan membuat sebuah *extension* baru pada *helpline* 119 yang sebelumnya telah ada sejak awal Maret 2020 (Antaranews, 2020), beberapa hari setelah pemerintah mengumumkan kasus Covid-19 pertama di Indonesia (Kompas, 2020). BPA merupakan salah satu respon terhadap kondisi pandemi Covid-19 yang nyata-nyata memberikan dampak psikologis bagi massyarakat Indonesia. *Helpline* 119 *extension* 0 didedikasikan untuk memberikan pelayanan terkait kedaruratan medis, *extension* 9 digunakan untuk pemberian informasi terkait Covid-19, dan *extension* 8 yang baru dibentuk didedikasikan untuk pemberian BPA. Kegiatan operasional *helpline* berada di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan. HIMPSI berperan sebagai penyedia relawan pemberi BPA. PT. Telkom Indonesia dan PT. Infomedia merupakan penyedia fasilitas telepon yang digunakan dalam memberikan pelayanan. Koordinasi intensif dari berbagai lembaga pemerintahan, BUMN, dan HIMPSI, di bawah kepemimpinan KSP, telah menghasilkan sebuah program pelayanan kesehatan mental untuk masyarakat Indonesia di masa pandemi, yaitu Pelayanan Psikologis Untuk Sehat Jiwa (SEJIWA) yang dapat diakses secara bebas biaya oleh masyarakat Indonesia. Peluncuran pelayanan dilakukan oleh KSP pada tanggal 29 April 2020 (KSP, 2020a).

SEJIWA hingga saat ini beroperasi selama dua belas jam, dimulai pukul 09.00 WIB hingga 21.00 WIB dan tujuh hari dalam seminggu. Penyedia layanan SEJIWA adalah psikolog dan ilmuwan psikologi anggota HIMPSI dari 34 HIMPSI Wilayah di seluruh provinsi di Indonesia, yang bertugas di bawah koordinasi Gugus Tugas Pelayanan Psikologis HIMPSI Masa Pandemi Covid-19, khususnya Tim 119 ext. 8 SEJIWA. Relawan-relawan SEJIWA diberikan pembekalan berupa pelatihan penyegaran materi Bantuan Psikologis Awal, Teknik Stabilisasi Emosi, dan Etiket Pelayanan Dengan Telepon (yang diberikan oleh PT. Telkom Indonesia/Infomedia), disertai latihan praktek dengan role play dipandu mentor dalam kelompok-kelompok kecil. Saat ini terdapat total 629 relawan yang aktif memberikan pelayanan BPA dalam satuan penugasan dua mingguan dan diselingi masa istirahat selama empat minggu, sebelum kemudian bertugas kembali.

Dalam enam bulan pelayanan SEJIWA, berbagai koordinasi telah dilakukan bersama beberapa kementerian dan lembaga pemerintah. Salah satu karakteristik pelayanan Bantuan Psikologis Awal adalah adanya upaya untuk menghubungkan penerima bantuan kepada pihak-pihak yang dapat membantu penyelesaian persoalan yang dirasakan. Kerja sama dalam penanganan telah dilakukan antara lain dengan: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak untuk penanganan lanjutan keluhan pada kasus-kasus kekerasan terhadap anak dan wanita; Kementerian Sosial terkait informasi program bantuan sosial di masa pandemi Covid-19 dan Layanan Sosial Anak; Kementerian Kesehatan melalui 119 ext. 0 dan 9 untuk bantuan kedaruratan medis maupun informasi terkait Covid-19; Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban; dan, BNPB. Salah satu contoh Daftar Rujukan yang disediakan untuk para relawan SEJIWA dapat dilihat pada Gambar 2.

HIMPSI

DAFTAR NOMOR TELEPON RUJUKAN

COVID-19

No.	Layanan	Kontak
01	Layanan Ambulance COVID-19 (KEMENKES)	119 ext. 0
02	Layanan Informasi COVID-19 (KEMENKES)	119 ext. 9
03	Layanan Tanggap Darurat BNPB	117
04	Bantuan Psikolog	himpsi.or.id
05	Bantuan Psikolog Klinis	ipkindonesia.or.id
06	Bantuan Dokter / Psikiater	halodoc.com
07	Pelayanan Sosial Anak (KEMENSOS)	1500771
08	Call Center Tanggap Darurat	112
09	Layanan Masyarakat Kartu Prakerja	(021) 2554-1246
10	Layanan Informasi dan Pengaduan BANSOS COVID-19	081-1102-2210
11	Layanan Perlindungan Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban	Hotline 148 atau 0857-7001-0048
12	Layanan Pendampingan Psikososial Perempuan dan Anak (KemenPPPA)	0821-2575-1234 dan 081-1192-2911

SECARA DETAIL DAPAT DI CEK DI :
http://bit/ly/rujukanhimpsisejiwa

ATAU KUNJUNGI KAMI DI WEBSITE :
http://himpsi.or.id

Gambar 2. Daftar Rujukan Pelayanan SEJIWA 119 ext. 8 (HIMPSI, 2020c)

Tantangan dan Peluang Intervensi Kesehatan Mental Inovatif

Inovasi pelayanan untuk kesehatan mental masyarakat di masa pandemi maupun pasca pandemi Covid-19 bukanlah suatu hal yang mustahil dilakukan, meskipun, dalam implementasinya, usaha luar biasa perlu mengiringi ide-ide inovatif tersebut. Pembelajaran yang diperoleh dari penerapan strategi/respon inovatif di berbagai negara menunjukkan bahwa 'usaha luar biasa' ini haruslah melibatkan koordinasi intensif dan kolaborasi berbagai elemen masyarakat, pemerintah, organisasi profesi, pada berbagai tingkatannya; sebuah kondisi prasyarat yang sudah banyak disebutkan dalam literatur terkait respon di masa pandemik untuk mempertahankan kesehatan mental masyarakat secara luas

(contohnya dalam Ransing dkk, 2020). Peluncuran Pelayanan Psikologi Untuk Sehat Jiwa (SEJIWA) pada *helpline* 119 ext. 8 telah secara nyata menunjukkan bahwa, sinergi maksimal dari berbagai komponen dan kepemimpinan yang kolaboratif seperti ditunjukkan melalui dukungan koordinasi oleh KSP dapat sangat membantu mewujudkan inovasi penyediaan pelayanan kesehatan mental yang dapat dijangkau oleh lebih banyak masyarakat di masa pandemi Covid-19.

Tantangan penyediaan pelayanan kesehatan mental selanjutnya di masa adaptasi kebiasaan baru (dengan tidak meniadakan kenyataan bahwa pandemi Covid-19 belum berakhir) adalah keberlanjutan program pelayanan kesehatan jiwa yang telah dirintis dan koordinasi multi-elemen untuk merumuskan strategi tindak lanjut pelayanan bagi kelompok-kelompok masyarakat yang membutuhkan pelayanan lanjutan ataupun penangangan khusus atas persoalan kesehatan mental. Dalam konteks SEJIWA, evaluasi terhadap data-data hasil pemberian pelayanan BPA dan perumusan tindak lanjut atas hasil analisa data tersebut merupakan tantangan selanjutnya dalam upaya mempertahankan kesehatan mental masyarakat. Misalnya, data terkait sebaran pengguna layanan yang belum merata, baik dalam hal lokasi pengguna dan kelompok usia; data kasus-kasus dominan dalam hal jenis kasus dan setting; dan, tentu saja data mengenai kasus-kasus psikologis berat yang membutuhkan penanganan lanjutan secara lebih sistematis, seperti telah disebutkan di atas (HIMPSI, 2020d). Tantangan lain bersifat internal, antara lain terkait pengelolaan operasional pelayanan SEJIWA baik dari sisi penyedia media pelayanan (pengelolaan *helpline* 119 ext.8) maupun pemberi pelayanan (contohnya pengelolaan dan evaluasi relawan), yang sangat membutuhkan pemikiran dan penataan lebih lanjut seiring meningkatnya jumlah pengguna dan kompleksitas kegiatan pelayanan pasca masa krisis pandemi Covid-19 menuju masa Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB).

Aspek keberlanjutan program inovasi pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan melalui SEJIWA di nomor 119 ext. 8 saat ini memang sudah terjawab. Pemerintah, melalui KSP, telah menyatakan bahwa pelayanan ini akan dilanjutkan bahkan jika masa pandemi berakhir sekalipun (KSP, 2020b). Keputusan ini merupakan suatu langkah luar biasa yang mengubah tantangan menjadi sebuah peluang, bahkan kekuatan, dalam usaha mempertahankan

kesehatan mental masyarakat: kepedulian dan dukungan pemerintah dalam hal penyediaan infrastruktur pelayanan kesehatan mental. Peluang lain yang juga dapat menjadi *protecting factor* bagi keberlanjutan pelayanan kesehatan mental inovatif seperti SEJIWA maupun pelayanan jenis lain yang digagas oleh masyarakat (di masa pandemi Covid-19 ini, bermunculan pelayanan *tele-mentalhealth* dan beberapa di antaranya sedang menjajaki kerjasama dengan HIMPSI) adalah situasi pandemi Covid-19 yang mengharuskan pembatasan kegiatan tatap muka dan meningkatkan penggunaan teknologi di masyarakat, termasuk terkait akses terhadap pelayanan kesehatan mental. Pada masa sebelum pandemi Covid-19, pelayanan telepsikologi yang dilakukan berdampingan atau melengkapi pelayanan tatap muka cenderung kurang populer dan diakses dalam tingkatan yang jauh lebih rendah. Di masa pandemi seperti yang saat ini kita alami, di mana pertemuan tatap muka cenderung dibatasi untuk membantu mencegah penularan virus, sebuah peluang besar terbuka lebar bagi inovasi inovasi pelayanan dengan memanfaatkan teknologi; sebuah situasi yang tentu tidak pernah kita bayangkan sebelumnya.

Peluang selanjutnya tercipta dari salah satu faktor kekuatan yang mendasari pelayanan kesehatan mental inovatif seperti SEJIWA: keterlibatan relawan. Sumber relawan dari HIMPSI dalam pemberian tele-BPA yang sangat mendukung pelayanan (baik dalam hal jumlah maupun area keahlian) sangat memungkinkan untuk dikembangkannya inovasi-inovasi lanjutan untuk pelayanan kesehatan mental bagi masyarakat. Salah satu pelayanan lanjutan yang dapat dengan segera dipikirkan adalah membentuk unit pelayanan kesehatan mental terintegrasi, dengan menggunakan teknologi *e-mental health*, yang menggabungkan berbagai ahli kesehatan mental untuk pemberian pelayanan lebih lanjut ataupun spesialistik bagi kelompok-kelompok masyarakat yang membutuhkan pelayanan lanjutan, lebih dari sekedar BPA yang selama ini telah tersedia di 119 ext. 8.

Saran

Upaya-upaya meneruskan pemberian pelayanan kesehatan mental haruslah menjadi spirit para profesional kesehatan mental, terlepas dari kesulitan yang dialami karena keterbatasan di situasi pandemi Covid-19. Bersama dengan rekan-rekan profesional kesehatan mental lainnya, psikolog dan ilmuan psikologi dalam wadah HIMPSI berkomitmen untuk bersinergi mewujudkan cita-cita mempertahankan kesehatan mental masyarakat. Berkaca dari telaah situasi terkait perencanaan, implementasi, dan mencermati hasil-hasil pengolahan data terkait pemberian pelayanan kesehatan jiwa yang telah dilakukan oleh HIMPSI, beberapa saran yang dapat diberikan untuk meningkatkan kualitas pelayanan inovasi kesehatan mental, khususnya pada layanan SEJIWA antara lain:

a. Pelaksanaan koordinasi berkala bersama pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan dan pengelolaan pelayanan, terutama untuk mengatasi *day-to-day problems* di sepanjang periode pelayanan. Dalam konteks SEJIWA, hasil evaluasi pelayanan baik yang dilakukan oleh HIMPSI maupun oleh pihak lain, misalnya PT. TELKOM/Infomedia sebagai penyedia *platform* pelayanan, perlu ditindaklanjuti. Sebuah komitmen baru diperlukan untuk dapat mewujudkan proses tindak lanjut atas hasil evaluasi ini, yang juga memerlukan sebuah kepemimpinan yang kuat untuk dapat mengkoordinir berbagai pihak yang terlibat; serupa dengan saat KSP dengan strategi *responsive leadership* berhasil merangkul keterlibatan dan mendorong pelaksanaan program SEJIWA. Faktor kepemimpinan tidak dapat dipungkiri menjadi salah satu sumber kekuatan dalam pelaksanaan aktivitas inovasi dalam pelayanan kesehatan mental di masa pandemi Covid-19 (Kaslow dkk, 2020).

b. Secara internal, HIMPSI dapat melanjutkan upaya pemberian pelayanan kesehatan mental dengan membuat sebuah kerangka kerja pelayanan lanjutan sebagai *follow-up action* atas BPA yang telah tersedia melalui pelayanan SEJIWA. Evaluasi terhadap data pengguna layanan menunjukkan bahwa terdapat kasus-kasus yang perlu mendapatkan perhatian khusus dan tindakan psikologis lanjutan (termasuk di antaranya, keluhan berisi ide atau

bahkan rencana bunuh diri). Konsep pelayanan kesehatan mental lanjutan-yang juga memanfaatkan teknologi demi kemudahan akses di masa AKB-seyogyanya menjadi layanan yang terintegrasi di dalam kerangka pelayanan SEJIWA. Dalam implementasinya, konsep pelayanan sedemikian tentu juga membutuhkan komitmen yang sangat besar dari pemerintah dan sinergi antara berbagai lembaga pemerintah dan HIMPSI sebagai penyedia pelayanan.

Kesimpulan

Pandemi Covid-19 telah menunjukkan secara nyata pentingnya kemampuan beradaptasi dan berinovasi, termasuk dalam konteks pemberian pelayanan untuk kesehatan mental masyarakat. Belum pernah kita temui sebelumnya sebuah situasi yang 'menyatukan' kita - baik sebagai anggota sebuah komunitas, bangsa, bahkan makhluk di dunia - dan membawa kita pada dampak-dampak yang bersifat global. Pun termasuk adanya keluhan-keluhan mental yang beberapa dirasakan cukup seragam: kecemasan, keterbatasan, ataupun perasaan terisolasi. Di sisi lain, pandemi ini juga telah menunjukkan kepada kita bahwa usaha ekstra dan sinergi luar biasa dapat membawa kita pada sebuah kemampuan baru, dalam konteks artikel ini adalah kemampuan untuk tetap dapat memberikan pelayanan bagi kesehatan mental masyarakat.

Dampak negatif pandemi Covid-19 terhadap kesehatan jiwa dirasakan secara global dan negara-negara di dunia melaporkan strategi-strategi respon terhadap krisis ini, termasuk langkah inovatif dalam pelayanan kesehatan mental. Indonesia tidak kalah dalam pelaksanaan strategi inovasi tersebut. Ulasan dalam artikel ini telah menunjukkan bahwa Pemerintah Indonesia memiliki kepedulian yang besar terhadap kesehatan mental masyarakat dan bahwa sinergi berbagai elemen masyarakat di bawah kepemimpinan yang responsif ternyata sungguhlah dapat menghasilkan terobosan dalam pemberian pelayanan kesehatan mental. Kami bangga pernah menjadi bagian dari salah satu tonggak sejarah dalam upaya menjaga kesehatan mental masyarakat Indonesia.

Daftar Pustaka

Antara. (2020, 1 Oktober). Pemerintah fungsikan "hotline" 119 untuk COVID-19. Diunduh tanggal 1 Oktober 2020 dari https://www.antaranews.com/berita/1338026/pemerintah-fungsikan-hotline-119-untuk-covid-19

Balcombe, L., & De Leo, D. (2020). An integrated blueprint for digital mental health services amidst COVID-19. *JMIR Mental Health*, *7*(7), e21718. https://doi.org/10.2196/21718

Bauerle, A., Graf, J., Jansen, C., Dörrie, N., Junne, F., Teufe, M., & Skoda, E. (2020). An e-mental health intervention to support burdened people in times of the COVID-19 pandemic: CoPE It. *Journal of Public Health, 42*(3), 647–648. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa058

De Sousa, A., Mohandas, E., & Javed, A. (2020). Psychological interventions during COVID-19: Challenges for low and middle income countries. *Asian Journal of Psychiatry, 51*, 102128. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102128

Figueroa, C.A., & Aguilera, A. (2020). The need for a mental health technology revolution in the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 523. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00523

Galea, S., Merchant, R.M., Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine, 180*(6), 817-818. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562

Garfin, D. R. (2020). Technology as a coping tool during the COVID-19 pandemic: Implications and recommendations. *Stress and Health*, *36*(4), 555-559. https://doi.org/10.1002/smi.2975

HIMPSI (Himpunan Psikologi Indonesia). (2020a). *Surat Keputusan Pembentukan Gugus Tugas HIMPSI Untuk Layanan Psikologi Covid-19*. Jakarta: Sekretariat PP HIMPSI.

HIMPSI (Himpunan Psikologi Indonesia). (2020b). Himpunan Psikologi Indonesia. http://www.himpsi.or.id

HIMPSI (Himpunan Psikologi Indonesia). (2020c). *HIMPSI dan peran dalam penanganan kesehatan mental pada masa Pandemi Covid-19*. Materi tidak dipublikasi, disampaikan pada acara pertemuan HIMPSI dan American Psychological Association tanggal 19 Mei 2020.

HIMPSI (Himpunan Psikologi Indonesia). (2020d). *Laporan data pengguna Layanan SEJIWA pada tiga bulan operasional*. Materi tidak dipublikasikan.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2020). *Interim briefing note: Addressing mental health and psychosocial aspects of Covid-19 outbreak*. Version 1.5. IASC Reference Group MHPSS. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2020). *Remote Psychological First Aid during the COVID-19 outbreak: Interim guidance* - March 2020. https://pscentre.org/?resource=remote-psychological-first-aid-during-the-covid-19-outbreak-interim-guidance-march-2020-italian

Kantor Staf Presiden (KSP). (2020a). Tetap sehat jiwa di masa pandemi Covid-19. Diunduh tanggal 1 Oktober 2020 dari https://www.ksp.go.id/category/berita/page/17.html

Kantor Staf Presiden (KSP). (2020b). Sukses tangani masalah psikis masyarakat, SEJIWA perlu dilanjutkan. Diunduh tanggal 1 Oktober 2020 dari https://www.antaranews.com/berita/1525584/sukses-tangani-masalah-psikis-masyarakat-sejiwa-perlu-dilanjutkan

Kaslow, N. J., Friis-Healy, E. A., Cattie, J. E., Cook, S. C., Crowell, A. L., Cullum, K. A., del Rio, C., Marshall-Lee, E. D., LoPilato, A. M., VanderBroek-Stice, L., Ward, M. C., White, D. T., & Farber, E. W. (2020, June 15). Flattening the emotional distress curve: A behavioral health pandemic response strategy for COVID-19. *American Psychologist, 75*(7), 875-886. https://doi.org/10.1037/amp0000694

Kompas. (2020, 1 Oktober). Fakta lengkap kasus pertama Virus Corona di Indonesia. *Kompas.com*. Diunduh tanggal 1 Oktober 2020 dari https://nasional.kompas.com/read/2020/03/03/06314981/fakta-lengkap-

kasus-pertama-virus-corona-di-indonesia?page=all

Nelson, B. W., Pettitt, A. K., Flannery, J., & Allen, N. B. (2020). Rapid assessment of psychological and epidemiological correlates of COVID-19 concern, financial strain, and health-related behavior change in a large online sample. *PLoS ONE*, *15*(11), e0241990. *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241990*

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry, 42*(3), 232-235. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008

Pan American Health Organization (PAHO). (2020). *Covid 19 recommended interventions in MH and psychosocial support during the pandemic*. Pan American Health Organization. https://www.paho.org/en/documents/covid-19-recommended-interventions-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss-during

Pang, N. T. P., Shoesmith, W. D., James, S., Nor Hadi, N. M., Koh, E. B. Y., Loo, J. L. (2020). Ultra brief psychological interventions for COVID-19 pandemic: Introduction of a locally-adapted brief intervention for mental health and psychosocial support service. *Malaysian Journal of Medical Science, 27*(2), 51–56. https://doi.org/10.21315/mjms2020.27.2.6

Pfefferbaum, B. & North, C.S. 2020. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, *383*, 6. https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017

Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, *52*, 102066. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066

Ransing, R., Adiukwu, F., Pereira-Sanchezc, V., Ramalho, R., Orsolini, L., Teixeira, A. L. S., Gonzalez-Diaz, J. M., da Costa, M.P., Soler-Vidal, J., Bytyçi, D. G., Hayek, S. E., Larnaout, A., Shalbafan, M., Syarif, Z., Nofal, M., Kundadak, G. K. (2020). Mental Health interventions during the COVID-19 Pandemic: A conceptual

framework by early career psychiatrists. *Asian Journal of Psychiatry*, *51*, 102085. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102085

Rauschenberg, C., Schick, A., Hirjak, D., Seidler, A., Apfelbacher, C., Riedel-Heller, S., & Reininghaus, U. (2020). Digital interventions to mitigate the negative impact of the COVID-19 pandemic on public mental health: a rapid meta-review. *PsyArXiv*. https://doi.org/10.31234/osf.io/uvc78

Reardon S. (2015). Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature, 519*, 13-14.

Scott A., Webb, T. L., Rowse, G. (2015). Self-help interventions for psychosis: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 39*, 96-112. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.002

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., Benedek, D. M. (2020). Public responses to the Novel 2019 Coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences.. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 74*(4): 281-282. https://doi.org/10.1111/pcn.12988.

Thomas, K. C., Ellis, A. R., Konrad, T. R., Holzer, C. E., & Morrissey, J. P. (2009). County-level estimates of mental health professional shortage in the United States. *Psychiatric Services*, *60*(10), 1323–1328. https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.10.1323

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., & Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 1729. https://doi.org/10.3390/ijerph17051729

World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. (2015). *mhGAP humanitarian intervention guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. Geneva: WHO. https://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/

Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S.,

Bai, X., & Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and E-health, 26*(4). https//doi.org/10.1089/tmj.2020.0068

Anrilia E.M. Ningdyah. *Together, We Can: Synergy between Indonesian Government and Professional Psychology Organization in the Delivery of Mental Health Interventions during the Covid-19 Pandemic.* *The impact of the Covid-19 pandemic on mental health is immense, which then require comprehensive and concrete actions to maintain mental health and promote individual resilience. This extraordinary approach to mental health interventions during the outbreak is needed because the world is facing a situation of long-term uncertainty with effects that not only affect health sector, but also have extended to various aspects of human life. Innovative mental health interventions have been developed in various countries, as an adaptive response to the demands for mental health services in times of crisis due to the Covid-19 pandemic. This article explores mental health innovations during the pandemic and uses this innovative framework to discuss Indonesia's response in providing mental health services to its citizen amid the pandemic. The article shows that within Indonesian context, a synergy between the government, government agencies and professional psychology organization, with the existence of responsive and informed leadership, has been successful in providing community mental health services during the Covid-19 pandemic.*

Bab 14. Peran HIMPSI Melawan Stigma Sosial Pasien Covid-19 di Indonesia

Andik Matulessy

www.apa.org/international/global-insights/covid-19-indonesia

Pandemi Covid-19 telah memberikan dampak yang meluas dalam kehidupan sosial di semua negara, termasuk Indonesia. Dampak yang muncul tidak hanya persoalan kesehatan fisik dan mental, namun sudah meluas pada persoalan pendidikan, ekonomi, politik, sosial dan budaya. Salah satu dampak psikososial yang banyak terjadi pada pandemi ini adalah munculnya stigma sosial. Stigma sosial tidak hanya terjadi pada individu yang terpapar Covid-19, namun juga meluas kepada anggota keluarganya, orang-orang terdekat, serta tenaga kesehatan yang menangani.

Ada berbagai contoh kasus stigma sosial yang terjadi antara lain:

1. Pengucilan, penolakan sosial, mengasingkan serta menghakimi individu dan keluarganya, karena dianggap sebagai penyebab utama dari meluasnya virus Covid-19 di lingkungannya;
2. Menolak pasien Covid-19 yang sudah didiagnosis sudah sembuh atau tidak mengundangnya lagi dalam berbagai pertemuan di lingkungannya;
3. Menolak pemakaman pasien Covid-19 di lokasi dekat tempat tinggal mereka;
4. Memandang bahwa pasien Covid-19 akan dapat terpapar lagi, sehingga harus selalu diwaspadai;
5. Memandang tenaga kesehatan seperti perawat, dokter dan psikolog adalah kelompok yang harus dijauhi, karena mereka bisa menularkan virus Covid-19;
6. Berkembangnya informasi negatif tentang pasien Covid-19 dan keluarganya yang dikembangkan dari satu kelompok pada kelompok lain melalui media sosial;

Pada akhirnya stigma sosial akan menyebabkan kerusakan secara mental dan fisik, serta meningkatkan berbagai gejala negatif, seperti peningkatan gejala stress, depresi dan penggunaan narkoba (Earnshaw, 2020). *Social stigma* atau *public stigma* akan lebih berbahaya saat meningkat menjadi *self stigma*, yakni perasaan tidak berharga karena pasien Covid-19 menginternalisasi stereotipe negatif dan menjadi penyebab penularan pada orang lain atau anggota keluarganya. Bahkan seringkali pasien dijauhi pula oleh anggota keluarganya dan lebih memilih untuk isolasi di rumah sakit daripada di rumah sendiri.

Dampak yang lebih luas adalah berkurangnya keinginan orang untuk memeriksakan diri atau melakukan tes Covid-19. Individu lebih memilih untuk menyembunyikan penyakitnya, karena kecemasan akan adanya "hukuman" sosial dari masyarakat. Kecemasan tersebut juga akan mendorong individu untuk tidak mengakui kemunculan gejala-gejala penyakit Covid-19, dan merasa dirinya sehat. Kondisi seperti inilah yang dapat meningkatkan kemungkinan meluasnya Covid-19, karena banyak individu yang tidak terdeteksi sejak awal.

Penelitian Fakultas Psikologi UI bersama Laporcovid-19 (https://laporcovid19.org/hentikan-stigma-covid-19/) menunjukkan bahwa stigma terkait dengan orang yang tertular Covid-19 cukup banyak di Indonesia. Survei tersebut menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden (55%) mengaku dibicarakan oleh orang-orang di sekitar mereka, karena statusnya terkait Covid-19. Selain itu, 33% responden pernah dijauhi atau mengalami pengucilan, 25% responden mendapatkan julukan penyebar atau pembawa virus, dan hampir 10% pernah mengalami perundungan di media sosial. Anggota keluarga responden juga mengalami stigmatisasi, 42% dibicarakan, 27% mengalami situasi dijauhi atau dikucilkan, 15% pernah disebut sebagai penyebar atau pembawa virus, dan 7% pernah mengalami penolakan untuk mendapatkan dan menggunakan layanan fasilitas umum.

Oleh karena itu ada beberapa hal yang harus dilakukan untuk mengurangi dan mengatisipasi munculnya stigma sosial:

1. Meningkatkan akses informasi yang benar tentang Covid-19 dari berbagai sumber terpercaya seperti: World Health Organization, Satuan Tugas Covid-19 Indonesia (https://covid19.go.id/edukasi), dan

Indonesian Psychological Association/HIMPSI (https://himpsi.or.id/).

2. Menyebarluaskan informasi positif tentang banyaknya kasus yang sembuh dari Covid-19 di media massa (TV, Radio, Koran) dan berbagai media sosial.
3. Memberikan psikoedukasi pada masyarakat luas dalam bentuk webinar atau seminar daring tentang dampak negatif stigma sosial dan cara mengatasinya.
4. Memberikan dukungan sosial pada pasien Covid-19 dan keluarganya, serta tenaga kesehatan (perawat, dokter dan psikolog) dan tenaga pendukung lainnya seperti pemerintah daerah, tentara dan polisi.
5. Menghindarkan diri untuk mengakses informasi negatif tentang kematian pasien Covid-19, namun lebih banyak mencari informasi positif tentang kesembuhan dari Covid-19.
6. Mengunggah di berbagai media tentang kisah sukses dalam membangun solidaritas sosial di lingkungan tempat tinggalnya untuk membantu pasien Covid-19 yang melakukan isolasi mandiri di rumahnya. Kisah sukses tersebut dapat dijadikan sebagai contoh masih adanya kelompok masyarakat yang peduli untuk membantu pasien Covid-19 di lingkungan sosialnya.
7. Meningkatkan kesadaran sosial untuk saling memperhatikan dan menolong satu dengan yang lain melalui berbagai kegiatan yang dikoordinasikan oleh para psikolog yang bertugas memberikan psikoedukasi tentang perlunya mengembangkan solidaritas sosial. Apalagi hasil penelitian dari Ipsos (https://covid19.go.id/p/berita/hasil-survey-masyarakat-indonesia-optimistis-ekonomi-segera-pulih) menemukan bahwa orang Indonesia adalah warga yang paling optimis di ASEAN dalam hal menaklukkan pandemik.
8. Apabila terdeteksi mengalami keluhan psikologis sebagai dampak adanya stigma sosial, maka dapat menghubungi Layanan Kesehatan Jiwa (SEJIWA) hotline 119 ext.8. Layanan psikologi ini dibentuk HIMPSI bersama dengan Kantor Staf Presiden (KSP), Kementerian

Kesehatan, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Komunikasi dan Informasi, Badan Nasional Penanggulangan Bencana, PT. Telkom dan Infomedia. HIMPSI sampai dengan saat ini sudah menerjunkan 875 Relawan Psikologi yang bertugas memberikan Layanan Bantuan Psikologi Awal *(Psychological First Aid)* selama 12 jam (09.00-21.00).

9. Apabila mengalami gejala yang lebih akut, seperti depresi, keinginan untuk bunuh diri atau motivasi negatif lainnya, maka harus segera menghubungi psikolog yang tersebar di 34 HIMPSI Wilayah (https://himpsi.or.id/organisasi/himpsi-wilayah).

Daftar Acuan

Earshaw, V..(2020). *Don't Let Fear of Covid-19 Turn into Stigma.* Harvard Business Review. Retrieved from https://hbr.org/2020/04/dont-let-fear-of-covid-19-turn-into-stigma.

Andik Matulessy, *The Covid-19 pandemic in Indonesia has had a widespread impact on all lives, including psychosocial impacts. One of the psychosocial effects of this pandemic is the emergence of social stigma. Social stigma will be even more dangerous if it leads to self-stigma, namely feelings of worthlessness because people with Covid-19 internalize that they are the cause of transmission to other people or family members. Therefore, there must be a strategy to reduce or anticipate the emergence of social stigma in society so that it does not cause a more acute psychological impact.*

Bab 15. 19 Alasan Mengapa: Covid-19 adalah Pandemi Global

David Junovandy, Erwin Hogi, Frida Condinata, Jason Kosasi, Julike, & Andy Chandra

Berdasarkan data yang dilaporkan pada 20 Januari 2020 oleh *World Health Organization* (2020e), pada tanggal 31 Desember 2019, Kantor Perwakilan *World Health Organization* di Negara China mewaspadai munculnya kasus *pneumonia* yang etiologinya tidak diketahui terdeteksi di Kota Wuhan, China. Penyakit ini awalnya disebut sebagai '*pneumonia* misterius'. Penyebutan novel Corona virus (*2019-nCoV*) baru digunakan *World Health Organization* sepanjang Januari 2020. Pada 30 Januari 2020, Komite Darurat *World Health Organization*, di bawah Peraturan Kesehatan Internasional 2005, menyatakan penyakit pernapasan akut Covid-19 sebagai darurat kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional (*World Health Organization*, 2020f). Pada tahap ini, penyebaran global penyakit Covid-19 terus berkembang, dan tingkat keparahan wabah ini secara keseluruhan masih harus tetap dipantau. Pertama, cepatnya penyebaran Covid-19 kemungkinan besar didorong oleh fenomena *'superspreading'*. *Superspreading* menggambarkan peningkatan penularan penyakit ke setidaknya delapan kontak dan telah diamati untuk beberapa penyakit menular termasuk SARS, MERS, dan flu (Kucharski & Althaus, 2015; Shen,, dkk., 2004). Setiap keterlambatan dalam pengenalan penyakit dan penerapan langkah-langkah pengendalian yang efektif meningkatkan kemungkinan penyebaran patogen yang lebih besar (Lee, 2020).

Pandemi influenza merupakan salah satu ancaman kesehatan utama yang saat ini akan dihadapi dunia (*World Health Organization*, 2019). Meningkatnya resistensi antimikroba, bersama dengan munculnya strain virus baru yang sangat patogen, telah memicu kekhawatiran akan wabah global penyakit menular lainnya (Nerlich & Halliday, 2007). Menurut Taylor (2019), untuk pandemi secara umum, elemen penyebabnya bermacam-macam dan kompleks. Unsur-

unsur penting adalah agen infeksius (misalnya virus atau bakteri), *host* (misalnya manusia), dan lingkungan.

Berdasarkan hal-hal yang telah dipaparkan tersebut, maka penulis ingin berkontribusi untuk meningkatkan pemahaman para pembaca dan khalayak ramai terkait ***19 Reasons Why: Covid-19 as Global Pandemic*** (19 Alasan Mengapa Covid-19 sebagai Pandemi Global).

1. Penyebaran Covid-19

Alasan pertama mengapa Covid-19 dalam waktu yang singkat dipandang sebagai pandemi global adalah karena proses penyebarannya yang cepat jika dibandingkan dengan SARS, MERS, ataupun dengan Influenza Spanyol. Fitur cepatnya penyebaran Covid-19 diakibatkan adanya perjalanan udara komersial. Perjalanan udara modern memungkinkan penumpang untuk menjelajahi dunia dalam waktu kurang dari sehari. Hal ini memungkinkan virus menyebar dengan cepat ke seluruh benua, dan upaya *screening* di bandara untuk menghentikannya tidak cukup efektif dan mahal (Lee, 2020). Selain itu, penularan virus Covid-19 terjadi dengan sangat mudah dan dapat ditularkan melalui kontak dengan hewan atau orang yang tertular virus (Morrell, 2019). Namun penularan dari hewan ke manusia masih menjadi suatu kontroversi dan masih akan diteliti lebih lanjut.

Menurut *World Health Organization* (2020d), orang dapat tertular Covid-19 dari orang lain yang telah terinfeksi virus ini. Covid-19 dapat menyebar terutama dari orang ke orang melalui percikan-percikan dari hidung atau mulut yang keluar saat orang yang terinfeksi Covid-19 batuk, bersin, atau berbicara. Percikan-percikan ini relatif berat, perjalanannya tidak jauh dan jatuh ke tanah dengan cepat. Orang dapat terinfeksi Covid-19 jika menghirup percikan orang yang terinfeksi virus ini. Oleh karena itu, penting bagi kita untuk menjaga jarak minimal 1 meter dari orang lain. Percikan-percikan ini dapat menempel di benda dan permukaan lainnya di sekitar kita, seperti meja, gagang pintu, dan permukaan tangan. Orang dapat terinfeksi dengan menyentuh benda atau permukaan tersebut, kemudian menyentuh mata, hidung, atau mulut mereka. Covid-19 menyebar melalui percikan saluran pernapasan yang dikeluarkan oleh

seseorang yang batuk atau memiliki gejala lain seperti demam atau rasa lelah. Banyak orang yang terinfeksi Covid-19 hanya mengalami gejala ringan terutama pada tahap-tahap awal. Karena itu, Covid-19 dapat menular dari orang yang hanya bergejala ringan, seperti batuk ringan, tetapi merasa sehat. Beberapa laporan menunjukkan bahwa orang tanpa gejala dapat menularkan virus ini namun belum diketahui seberapa sering penularan dengan cara tersebut terjadi.

2. Dampak Covid-19 terhadap Bidang Kesehatan

Pandemi Covid-19 berdampak pada aspek kesehatan manusia. Pada pasien Covid-19, sebagian besar hanya memicu keluhan ringan bahkan sebagian tidak bergejala sama sekali. Namun, pada pasien Covid-19 dengan penyakit penyerta atau komorbid dapat memperberat dan memperparah gejala yang ada karena lebih rendahnya imun tubuh mereka (Situmorang, 2020). Pramudiarja (2020) merangkum 10 kondisi kesehatan yang paling banyak memicu dampak fatal Covid-19 dari *Businessinsider* yang terdiri dari hipertensi, penyakit jantung, fibrilasi atrial, diabetes, kanker, penyakit ginjal kronis, penyakit paru obstruktif kronis, stroke, demensia atau pikun, dan penyakit hati kronis. Studi juga menunjukkan adanya peningkatan jumlah pasien dengan permasalahan kesehatan mental, seperti depresi, kecemasan, psikosomatis, OCD, dan lain-lain. Sejak Maret hingga Juni 2020 juga terdapat peningkatan kasus narkoba (Manurung, 2020).

World Health Organization (2020b) menjelaskan terdapat 3 simptom pada pasien Covid-19 yang terdiri dari gejala umum (demam, batuk kering, dan kelelahan), gejala yang kurang umum (sakit dan nyeri, sakit tenggorokan, diare, konjungtivitis, sakit kepala, kehilangan rasa atau bau, ruam pada kulit, atau perubahan warna pada jari tangan atau kaki), dan gejala serius (kesulitan bernapas atau sesak napas, nyeri atau tekanan dada, dan kehilangan bicara atau gerakan). Dianjurkan agar segera mencari pertolongan medis jika pasien mengalami gejala serius. Orang dengan gejala ringan yang sehat harus mengelola gejala mereka di rumah. Rata-rata diperlukan waktu 5–6 hari sejak seseorang terinfeksi virus untuk menunjukkan gejala, namun dapat memerlukan waktu hingga 14 hari.

Pemerintah menerapkan berbagai upaya untuk mencegah penyebaran dan penularan Covid-19, seperti kebijakan *stay at home*, *work from home* dan *study from home*, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pemberlakuan *lockdown*, pemberlakuan Pembatasan Sosial Besar-Besaran (PSBB), dan *physical* atau *social distancing*. Pandemi Covid-19 juga mengubah kebiasaan masyarakat menjadi lebih sering memanfaatkan teknologi berupa telemedis. Telemedis merupakan layanan kesehatan jarak jauh yang memungkinkan pasien dan tenaga kesehatan saling berdiskusi tanpa harus bertatap muka secara fisik, dengan cara ini tidak sedikit masyarakat yang telah beralih ke layanan telemedis (Plate, 2020).

3. Dampak Covid-19 terhadap Bidang Ekonomi

Laporan *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2020) menyebutkan bahwa pandemi ini berimplikasi terhadap ancaman krisis ekonomi besar yang ditandai dengan terhentinya aktivitas produksi di banyak negara, jatuhnya tingkat konsumsi masyarakat, hilangnya kepercayaan konsumen, jatuhnya bursa saham yang pada akhirnya mengarah pada ketidakpastian. Untuk menghadapi pandemi Covid-19, pemerintah mengambil langkah-langkah pada bidang ekonomi dengan mengeluarkan anggaran terdampak berupa stimulus sebesar 405,1 triliun rupiah untuk program pemulihan ekonomi nasional sebesar 150 triliun rupiah, perlindungan sosial sebesar 110 triliun rupiah, bidang kesehatan sebesar 75 triliun rupiah, insentif perpajakan dan stimulus Kredit Usaha Rakyat 70,1 triliun rupiah (Sutrisno, 2020).

Beberapa lembaga bahkan memprediksikan perlemahan ekonomi dunia, antara lain *International Monetary Fund* (IMF) yang memproyeksikan ekonomi global tumbuh minus di angka 3 persen. Dampak wabah Covid-19 kepada perekonomian negara-negara di dunia juga sangat dahsyat. Pada triwulan pertama 2020, pertumbuhan ekonomi di sejumlah negara mitra dagang Indonesia tumbuh negatif, misalnya Singapura -2.2 persen, Hongkong -8.9 persen, Uni Eropa -2.7 persen dan China mengalami penurunan sampai -6.8 persen. Beberapa negara masih tumbuh positif namun menurun bila dibanding

dengan kuartal sebelumnya. Amerika Serikat turun dari 2.3 persen menjadi 0.3 persen, Korea Selatan dari 2.3 persen menjadi 1.3 persen, dan Vietnam dari 6.8 persen menjadi 3.8 persen (Thaha, 2020).

Sutrisno (2020) mencatat proyeksi Pendapatan APBN 2020 yang tadinya diperkirakan 2.233,2 triliun rupiah, akan mengalami penurunan menjadi 1.760 triliun rupiah, karena pendapatan pajak diperkirakan tidak akan tercapai atau mengalami *softfall*. Akibat pandemi Covid-19, Indonesia pada tahun 2020 membutuhkan dana untuk pembiayaan defisit APBN sebesar 1.439,8 triliun rupiah, yang terdiri untuk pembiayaan defisit APBN sebesar 852,9 triliun rupiah, pembiayaan investasi untuk pemulihan ekonomi sebesar 153,5 triliun rupiah, dan pembayaran hutang jatuh tempo 433,4 triliun rupiah.

4. Dampak Covid-19 terhadap Bidang Pendidikan

Berkenaan dengan penyebaran *Coronavirus Disease* (Covid-19) yang semakin meningkat, Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia mengeluarkan Surat Edaran Nomor 4 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Kebijakan Pendidikan dalam Masa Darurat Penyebaran *Coronavirus Disease* (Covid-19). Salah satu poin menentukan proses belajar dilaksanakan dari rumah melalui pembelajaran daring atau jarak jauh dilaksanakan untuk memberikan pengalaman belajar yang bermakna bagi siswa, tanpa terbebani tuntutan menuntaskan seluruh capaian kurikulum untuk kenaikan kelas maupun kelulusan. Bukti atau produk aktivitas Belajar dari Rumah diberi umpan balik yang bersifat kualitatif dan berguna dari guru, tanpa diharuskan memberi skor atau nilai kuantitatif (Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia, 2020).

Perguruan tinggi dituntut untuk dapat menyelenggarakan pembelajaran secara daring atau *online* (Firman & Rahman, 2020). Pembelajaran daring didefinisikan sebagai pengalaman belajar dalam lingkungan sinkron atau asinkron menggunakan perangkat yang berbeda (misalnya, ponsel, laptop, dll) dengan akses internet. Dalam lingkungan ini, siswa dapat berada di mana saja (mandiri) untuk belajar dan berinteraksi dengan instruktur dan siswa lainnya

(Singh & Thurman, 2019).

Lembaga yang mengoperasikan pengajaran daring harus mempertimbangkan dukungan yang dapat dengan mudah digunakan, efektif, dan mengatasi berbagai faktor pembelajaran daring seperti interaksi dengan siswa dan orang tua atau wali mereka, infrastruktur yang dibutuhkan, kemampuan personel untuk mengoperasikan pembelajaran daring, memenuhi kebutuhan untuk belajar, kesulitan yang dialami oleh siswa, personil sekolah, dan hasil, kinerja, dan umpan balik dari siswa dan staf (Hodges, dkk., 2020).

Tantangan yang terkait dengan siswa adalah komunikasi dan sosialisasi yang terbatas di antara siswa, tantangan yang lebih tinggi bagi siswa dengan kebutuhan pendidikan khusus, dan waktu penyaringan yang lebih lama (Setyorini, 2020). Sementara menurut Handayani (2020), keuntungan yang dirasakan siswa dengan adanya pembelajaran daring adalah bisa mendengarkan di rumah, siswa tidak dibatasi oleh tempat, siswa bisa mendengarkan kapan saja di mana saja, dan siswa tidak dibatasi oleh waktu atau ruang.

5. Seksualitas di Masa Pandemi

Semua otoritas federal dan lokal telah menegaskan dan mengembangkan kebijakan yang kuat untuk mengurangi penyebaran penyakit dan kematian berkaitan dengan infeksi pernapasan akut corona virus (Covid-19). Covid-19 ditularkan dari orang ke orang melalui *droplet* pernapasan hingga jarak 2 meter. Penularan juga dapat terjadi setelah menyentuh permukaan yang terinfeksi, diikuti dengan menyentuh mata, hidung, atau mulut (Stadnytskyi, dkk., 2020). Kemungkinan infeksi lain dapat terjadi melalui kontak dengan darah, kotoran, dan air mani orang yang terkontaminasi (Cheung, dkk., 2020). Sebagai strategi untuk mencegah penyebaran Covid-19, *World Health Organization* (2020) merekomendasikan tindakan pencegahan pribadi (kebersihan tangan, pernapasan, etiket batuk, penutup wajah, pembersihan atau disinfeksi lingkungan) dan tindakan sosial, yaitu *physical* dan *social distancing* dan juga *stay at home*. Akibatnya, kontak seksual menjadi tidak dianjurkan, seperti dapat meningkatkan risiko penularan Covid-19, terutama bagi mereka yang

tidak tinggal bersama. Di samping itu, bagi mereka yang tinggal bersama, dampak isolasi sosial dapat memberikan dampak pada kehidupan seks (Turban, Keuroghlian, & Mayer, 2020).

Mempertimbangkan pedoman *World Health Organization* tentang *social distancing*, menahan dorongan seksual adalah pendekatan dengan risiko terendah selama pandemi, bagi mereka yang tidak memiliki pasangan seksual tetap. Namun, karena ini bukan alternatif yang diinginkan bagi kebanyakan orang, rekomendasi yang aman bagi pasien untuk memenuhi kebutuhan seksualnya, tanpa risiko infeksi Covid-19 adalah dengan masturbasi (Turban, dkk., 2020).

Isolasi sosial dan ketakutan tertular virus Covid-19 dapat secara langsung mempengaruhi kesehatan fisik dan psikologis individu dan dapat berdampak negatif pada kesehatan secara umum. Selain itu, masalah hidup berdampingan bisa menjadi gangguan tambahan tidak hanya dalam kesehatan mental tetapi juga dalam kesehatan seksual (Farrell & Simpson, 2017).

Saat para ahli di seluruh dunia sedang mencoba mengembangkan solusi untuk Covid-19, *social distancing* masih menjadi alternatif terbaik untuk diambil. Disarankan agar pasangan yang tinggal terpisah menemukan kembali hubungan cinta dan seksual. Bagi mereka yang hidup bersama-sama, dianjurkan untuk memperkuat keintiman. Hubungan yang berkualitas tinggi bermanfaat bagi fisik, mental, dan seksual. Di sisi lain, hubungan yang bermasalah umumnya menyebabkan respon yang lebih besar terhadap stress, mental yang buruk, dan berkurangnya keintiman (Lopes, dkk., 2020).

6. *Panic Buying* di Masa Pandemi

Penyebab penyebaran virus yang cepat juga dapat berasal dari pola pembelian yang berlebihan dalam waktu singkat atau yang lebih dikenal dengan istilah *panic buying*. *Panic buying* merupakan perilaku yang menular dimana ketika media menginformasikan banyak rak-rak supermarket yang kosong dan terjadi kelangkaan barang, persepsi masyarakat mengenai pemberlakuan *social distancing*, karantina wilayah, *lockdown*, dan PSBB (Pembatasan Sosial Berskala

Besar) terhadap rantai pasokan pangan, dan berbagai informasi lainnya yang tidak jelas akan menyebabkan *panic buying* semakin menjadi-jadi. Orang yang semula tidak terpengaruh, karena adanya tekanan sosial sebagai akibat dari tindakan orang lain yang membeli barang secara berlebihan dan menumpuknya, maka ia akan melakukan hal yang sama (Febrianty, dalam Masrul, dkk., 2020).

Panic buying mulai terjadi pada masa pandemi pada tanggal 14 Maret 2020, saat adanya himbauan WFH (*Work From Home*) dan kegiatan belajar dan mengajar diliburkan selama 2 minggu (Putri, 2020). Sampai dengan 01 September 2020, Pemerintah Republik Indonesia telah melaporkan 177.571 orang terkonfirmasi Covid-19. Ada 7.505 kematian terkait Covid-19 yang dilaporkan dan 128.057 pasien telah pulih dari penyakit tersebut (*World Health Organization*, 2020a). Beberapa negara melaporkan terjadinya fenomena *panic buying* sebagai respon dari adanya pandemi ini. Dengan demikian, tidak hanya Covid-19, tetapi *panic buying* juga menyebar ke seluruh dunia. Mulai dari Singapura hingga Amerika Serikat melaporkan adanya antrian panjang di supermarket selama beberapa minggu akibat dari banyaknya konsumen yang ingin membeli barang-barang seperti beras, *hand sanitizer* hingga kertas toilet (Thukral, 2020). Di Indonesia sendiri, sesaat setelah pengumuman 2 orang pertama yang positif terinfeksi Covid-19 pada 2 Maret 2020, beberapa stok barang seperti makanan pokok, *hand sanitizer*, hingga masker habis diserbu oleh masyarakat di Jakarta (Putra, 2020). Tidak hanya terjadi di Jakarta, fenomena ini juga terjadi di beberapa daerah lain, seperti Surabaya dan beberapa kota lainnya (Setiawan, 2020).

Sejak Covid-19 menjadi wabah di hampir seluruh negara di dunia, persediaan masker, larutan pembunuh kuman, dan alat pelindung lainnya mengalami kelangkaan. Hal ini disebabkan oleh penimbunan yang dilakukan oleh masyarakat dalam rangka memonopoli pasar karena barang-barang tersebut menjadi kebutuhan pokok dalam hal pencegahan penularan virus Covid-19. Persediaan masker dan alat pelindung lainnya yang semakin menipis tentu berbahaya, karena orang sakit tidak ada akses untuk alat kesehatan, maka bisa jadi orang sakit ini akan terus menjadi sumber penularan virus kepada orang lain sehingga penyebaran virus semakin cepat (Mashabi, 2020).

7. *Hoax* di Masa Pandemi

Media *online* berkembang mengikuti perkembangan zaman. Salah satu media yang berkembang seiring perkembangan teknologi informasi dan komunikasi adalah media sosial. Media sosial saat ini telah menjadi *trend* hampir di seluruh kalangan masyarakat. Kemudahan dalam menggunakan media sosial memudahkan jalinan akses informasi. Akibatnya, banyak terjadi penyebaran informasi palsu atau yang lebih dikenal dengan istilah berita *hoax*.

Hoax adalah suatu kata yang digunakan untuk menunjukkan pemberitaan palsu atau usaha untuk menipu atau mengakali pembaca maupun pendengarnya untuk mempercayai sesuatu yang biasanya digunakan dalam sosial media, misalnya: facebook, twitter, whatsapp, blog, dll (Mauludi, 2019). Mirisnya, kebanyakan dari masyarakat kurang peduli dengan adanya hal tersebut. Kebanyakan dari masyarakat bisa dengan mudah mempercayai *hoax* dan tak segan-segan untuk menyebarluaskannya kepada khalayak. Banyak kasus atau peristiwa yang sebenarnya tidak terjadi namun diangkat menjadi sebuah berita dan dikemas sebaik mungkin agar khalayak tertarik untuk membacanya (Darwadi, 2017).

Akses informasi pada masa pandemi ini didominasi bersumber dari media dalam jaringan yang kerap mengandung *hoax* yang dengan mudah tersebar dari satu individu ke individu lainnya (Juliantari, dkk., 2020). *Hoax* sangat berbahaya karena dapat menimbulkan bentrokan antar masyarakat, kelompok, atau golongan, menimbulkan rasa tidak aman dan rasa takut, serta rusaknya reputasi yang mengakibatkan kerugian materi. Sudah sangat banyak *hoax* yang disebarkan dengan tidak bertanggung jawab yang menyebabkan kepanikan publik, contoh yang baru-baru ini terjadi di Provinsi Kalimantan Tengah adalah beredarnya video anak bayi yang mengatakan obat Covid-19 adalah telur ayam, berita tersebut sangat berbahaya karena dapat menyebabkan kepanikan masyarakat yang tengah menghadapi pandemi virus corona (Wicaksono, 2020), kalung anti Covid-19 yang diklaim mampu menyembuhkan pasien Covid-19 yang sempat viral setelah Menteri Pertanian, Syahrul Yasin Limpo memberikan pernyataan bahwa kalung anti virus Covid-19 *eucalyptus* yang dibuat oleh

Badan Penelitian dan Pengembangan Pertanian mampu menyembuhkan pasien Covid-19 karena mengandung *eucalyptus* yang diketahui mampu membunuh virus influenza (Prabowo, 2020), obat herbal penyembuh Covid-19 yang diciptakan Hadi Pranoto yang sempat viral di akun *youtube* Anji eks Drive karena tidak dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Pasalnya sampai dengan saat ini setiap obat atau vaksin yang dikembangkan terus dimonitor oleh berbagai otoritas kesehatan baik nasional maupun global. Namun, sampai saat ini antibodi yang mujarab menyembuhkan Covid-19 pun belum ada. Bahkan antibodi dari seseorang yang sudah sembuh dari Covid-19 pun tidak menjamin bisa memberikan proteksi terhadap serangan kedua kali dari virus tersebut (Citradi, 2020). Berita-berita tersebut tentunya bersifat bohong dan sangat berbahaya karena dapat menyebabkan kepanikan masyarakat yang tengah menghadapi pandemi virus Covid-19.

8. Dampak Covid-19 pada Kesejahteraan Sosial (*Social Well-Being*)

Kesejahteraan sosial adalah sistem terorganisir dari usaha-usaha sosial dan lembaga-lembaga sosial yang ditujukan untuk membantu individu maupun kelompok dalam mencapai relasi perseorangan dan sosial yang dapat mengembangkan kemampuan secara penuh, serta mempertinggi kesejahteraan selaras dengan kebutuhan-kebutuhan keluarga dan masyarakat (Wibhawa, dkk., dalam Rahman, dkk., 2020). Dapat disimpulkan saat pandemi ini berlangsung tidak terpenuhinya kebutuhan sehari-hari, jika terpenuhi itu pun tidak ada kemaksimalan dalam pemenuhan tersebut yang mana diketahui jika pandemi Covid-19 ini juga mengakibatkan sektor ekonomi, industri mengalami stagnan dalam berproduksi dan inovasi mengakibatkan kebijakan PHK besar-besaran terjadi, kehilangan pekerjaan, mencari pekerjaan baru pun tidak lantas semudah itu di situasi seperti ini, apalagi dari sisi sosial, di situasi pandemi ini tidak ada kontak fisik, semuanya menjaga jarak, tradisi, adat istiadat yang sudah ratusan tahun terbangun runtuh seketika mengalami perubahan, di sisi spiritual sendiri pemerintah menetapkan untuk menutup semua tempat ibadah tak terkecuali, sisi spiritualitas individu terganggu yang mana sudah menjadi kebiasaan

melaksanakan ibadah di tempat ibadah tetapi sekarang tidak dapat dilakukan, tidak ada kesejahteraan tercipta disini, tetapi setelah pro kontra atas penutupan tempat ibadah tersebut, pemerintah, tokoh agama memberikan pengertian untuk dapat melakukan apapun itu yang memang hak (baik) untuk dilakukan (Karimi & Efendi, 2020).

9. *Social Media Fatigue* di Masa Pandemi

Studi du Plessis (2019) telah menegaskan munculnya tekanan dan stres pada mahasiswa yang melakukan pembelajaran jarak jauh. Pada titik ini, tekanan tentu menjadi terasa lebih berat, sehingga mahasiswa melakukan banyak *coping* stress di mana salah satunya adalah terlibat dengan penggunaan media sosial.

Social media fatigue adalah perasaan subjektif pengguna media sosial yang merasa lelah, jengkel, marah, kecewa, kehilangan minat, atau berkurangnya motivasi berkaitan dengan interaksi di berbagai aspek penggunaan media sosial karena banyaknya konten yang ditemui dalam media sosial (Bright, Kleiser, & Grau, 2015). *Social media fatigue* merupakan suatu fenomena yang terjadi karena interaksi faktor sosial dan teknologi (Xiao, Mou, & Huang, 2019). Bagi mahasiswa yang relatif akrab dengan penggunaan teknologi, maka *social media fatigue* bisa terjadi ketika faktor sosial lebih mendominasi dibandingkan faktor teknologi. *Social media fatigue* menyebabkan individu kehilangan konsentrasi dan fokus terhadap apa yang harus dikerjakan (Zhang, dkk., 2016). Hal ini memicu konsekuensi negatif lainnya yaitu penurunan performa belajar (Yu, dkk., 2018). Artinya, mahasiswa yang belajar di rumah selama wabah Covid-19 diduga tidak mampu menampilkan kinerja yang maksimal dan mengalami penurunan prestasi.

Beberapa hal lain yang menjadi konsekuensi *social media fatigue* adalah kondisi emosi yang fluktuatif dan tidak stabil, kegagalan pencapaian *well-being*, termasuk menghentikan kegiatan yang menggunakan internet (Dhir, Yossatorn, Kaur, & Chen, 2018). Dalam hal ini, individu menemui kesulitan untuk bisa mengatasi begitu banyaknya informasi dan meninggalkan media sosialnya sebab hal ini terkait dengan kebutuhan akademis untuk belajar di

rumah karena pandemi Covid-19. Seiring dengan berjalannya waktu, individu merasa kehidupan pribadinya menjadi terlanggar karena proses belajar ini memakan banyak waktu dan energi. Hal ini diperparah dengan kecemasan akan Covid-19 terkait perkembangan fakta di lapangan yang dinamis dan fluktuatif. Pada akhirnya, hal ini memengaruhi relasi individu dengan media sosialnya dan memunculkan *social media fatigue* (Rahardjo, dkk., 2020).

10. *Emotion Regulation* di Masa Pandemi

Emosi merupakan bagian dari perasaan manusia yang bisa terlihat ketika adanya rasa yang bergejolak dari dalam diri seseorang sehingga mengakibatkan terjadinya perubahaan pada situasi yang dihadapi. Menurut Greenberg (2002), regulasi emosi adalah kemampuan yang dimiliki seseorang untuk menilai, mengatasi, mengelola, dan mengungkapkan emosi yang tepat dalam rangka mencapai keseimbangan emosional. Kemampuan yang tinggi dalam mengelola emosi akan memampukan individu untuk segera bangkit dari keterpurukan hidupnya.

Tentu saja dalam menjalankan kehidupan banyak situasi menekan yang akan dihadapi, sehingga peluang manusia lepas kendali juga semakin besar. Salah satunya situasi menekan yang dihadapi sekarang ini, pandemi Covid-19 memaksa manusia berhadapan dengan situasi di luar kebiasaannya (Aliza, 2020). Fenomena ini menyebabkan terjadinya perubahan pada berbagai aspek kehidupan. Perubahan yang terjadi menuntut kebanyakan individu melakukan proses adaptasi untuk memenuhi tuntutan lingkungan sekitarnya (Cao, dkk., 2020). Masalah-masalah yang bermunculan, menjadi sumber stres yang harus segera diselesaikan demi terciptanya pertahanan diri untuk kehidupan yang lebih baik (Sousa, Mohandas, & Javed, 2020).

Sebagai contoh, seorang ibu sebagai orangtua yang lebih sering melakukan interaksi dengan anak dan melakukan pengasuhan, tentunya saat ini memiliki tugas tambahan sebagai pendamping belajar untuk program *homeschooling* anak selama melakukan *study from home*. Jika ibu juga saat ini adalah seorang karyawan yang harus tetap bekerja di rumah dan melakukan

work from home, maka ibu dituntut untuk menjadi seorang *multi-tasker*. Menjadi pendamping belajar anak sekaligus mengerjakan pekerjaan kantornya. Bagi kebanyakan orang, hal ini merupakan perubahan yang dapat menjadi stressor baru.

Salah satu cara yang dapat manusia lakukan dalam merespon situasi penuh stressor ialah dengan mengatur emosi. Emosi membuat seseorang sadar akan apa yang benar-benar penting dalam hidupnya. Karena itu, emosi penting untuk pengambilan keputusan yang memadai (Raver, 2004). Regulasi emosi yang baik yang ditunjukkan oleh seorang *working mother* akan menentukan kebahagiaan mereka dalam menjalani peran dan aktivitas ganda tersebut.

11. *Well-being* di Masa Pandemi

Merebaknya Covid-19 membuat berbagai perubahan dalam hal tata laksana kerja karyawan. Untuk meminimalisir penularan Covid-19 banyak perusahaan yang akhirnya membuat protokol kesehatan bagi karyawannya. Seperti yang ditulis oleh Handoyo (2020) bahwa kini perusahaan menerapkan akses satu pintu bagi karyawan yang masuk maupun keluar. Selain itu, setiap hendak keluar-masuk karyawan juga diharuskan untuk dicek suhu tubuhnya, karyawan juga diharuskan mengenakan masker.

Walaupun telah dibuat berbagai aturan untuk mengatur pembatasan fisik karyawan, namun untuk menghambat penularan Covid-19 akhirnya pada pertengahan Maret 2020 diterbitkan Surat Edaran Nomor 14/SE/2020 tentang himbauan bekerja dari rumah atau *work from home* yang diterbitkan oleh Kepala Dinas Tenaga Kerja Transmigrasi dan Energi DKI Jakarta (Sari, 2020). Walaupun himbauan ini diterbitkan di Jakarta, namun setelahnya hampir seluruh kota di Indonesia juga ikut memberlakukan *work from home* untuk para karyawannya.

Tak sedikit pekerja yang *work from home* justru mengeluh ketika bekerja dari rumah, terutama bagi para pekerja yang sudah menikah. Konflik peran ganda dinyatakan oleh Greenhaus dan Beutell (1985) sebagai sebuah konflik yang timbul akibat tekanan-tekanan yang berasal dari pekerjaan dan keluarga. Konflik peran terjadi apabila seseorang dihadapkan pada situasi dimana terdapat

dua atau lebih persyaratan untuk melaksanakan peran yang satu dan dapat menghalangi pelaksanaan peran yang lain (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1995). Bagi karyawan yang sudah menikah, membagi waktu antara pekerjaan kantor dan pekerjaan rumah bukanlah hal yang mudah. Seringkali pekerjaan di rumah menjadi terabaikan karena pekerjaan dari kantor yang tak kunjung selesai. Hapsari menemukan bahwa dengan bekerja di rumah justru pekerjaan kantor yang tadinya hanya dari jam 09.00 sampai jam 17.00 atau dengan 8 jam kerja kini menjadi tidak menentu. Bahkan dikatakan pekerjaan kantor bisa baru selesai sekitar tengah malam. Akibatnya tanggung jawab untuk pekerjaan di rumah seperti mengurus anak, memasak, ataupun membereskan rumah menjadi terabaikan (Hapsari, 2020).

Seperti yang ditulis oleh Pramita (2020), tidak sedikit karyawan yang mengalami stres ketika menghadapi *work from home*. Stres yang dialami secara terus menerus oleh pekerja yang menjalani *work from home* lambat laun akan mempengaruhi kondisi psikologis pekerja. Kesejahteraan psikologis merupakan kondisi individu yang memiliki sikap positif akan diri sendiri dan orang lain, mampu mengambil keputusan secara mandiri dan dapat mengontrol perilakunya, bisa mengkondisikan lingkungan agar sesuai dan cocok dengan kebutuhannya, mempunyai arah hidup dan lebih memberi makna pada hidup mereka, serta berusaha mempelajari dan menumbuhkan dirinya (Ryff, 1989). Namun dengan kondisi *work from home* ini, rasa bosan yang menyelimuti karyawan dapat membuat kesejahteraan psikologis karyawan terkikis.

Terlepas dari semua itu, kita harus selalu berusaha untuk menghadirkan kebahagiaan di dalam keluarga maupun diri kita sendiri, meskipun dalam kepungan wabah yang belum juga mereda. Menurut Ariati (2010), kesejahteraan subjektif adalah persepsi seseorang terhadap pengalaman hidupnya, yang terdiri dari evaluasi kognitif dan afeksi terhadap hidup dan merepresentasikan dalam kesejahteraan psikologis. Pada masa seperti ini, masyarakat dapat menghadirkan kebahagiaan melalui dua acara yaitu *bottom up* dan *top down*. Pertama secara *bottom up* yaitu dengan cara mengumpulkan peristiwa dan kejadian-kejadian bahagia kecil yang dirasakan dan dialami seseorang sehingga menjadi kumpulan peristiwa-peristiwa bahagia yang lebih besar. Cara kedua yaitu melalui cara

top down, yaitu memaknai seluruh peristiwa yang terjadi seperti kehadiran bantuan sosial uang tunai, paket sembako, kartu prakerja, pengurangan hingga membebaskan tagihan listrik, keringanan pembayaran kredit, keringanan iuran BPJS, pemenuhan kebutuhan pokok dan lain-lain untuk dimaknai sebagai peristiwa bermakna bahagia yang mampu mengubah pikiran dan perasaan menjadi bahagia (Basrowi, 2020).

12. *Anxiety* di Masa Pandemi

Kondisi Covid-19 yang datang secara tiba-tiba ini membuat masyarakat tidak siap menghadapinya baik secara fisik ataupun psikis (Sabir & Phil, 2016). Dari psikologis yang dapat dilihat adalah *anxiety* yang tinggi dari masyarakat, karena virus ini sangat cepat menular dari orang sakit ke orang sehat. Pesatnya pertambahan penderita positif Covid-19 di Indonesia menimbulkan keresahan yang berlebihan di kalangan masyarakat (Fitria, dkk., 2020).

Menurut Rochman dan Rohmad (2010), *anxiety* atau kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Dalam studi terbaru dari Perhimpunan Sarjana dan Profesional Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, sebuah studi yang melibatkan 8.031 responden yang tersebar di 34 provinsi Indonesia. Dari penelitian tersebut, masyarakat dalam rentang usia 30-39 tahun mengalami kecemasan terbanyak yakni sekitar 76 persen. Kaum perempuan mengalami kecemasan paling dominan sebanyak 77.7 persen dan kaum pria yang mengalami kecemasan di masa pandemi Covid-19 ini sebanyak 64.6 persen (Dewi, 2020).

Beberapa faktor yang menyebabkan *anxiety* pada masa pandemi Covid-19 adalah kurangnya informasi mengenai kondisi ini, pemberitaan yang terlalu heboh di media masa ataupun media sosial, kurangnya membaca literasi terkait dengan penyebaran dan mengantisipasi penularan Covid-19 (Fitria & Ifdil, 2020).

Proses terjadinya kecemasan dalam menghadapi pandemi Covid-19, pada dasarnya seseorang melakukan *evaluative situation* yang berarti individu

menganggap Covid-19 adalah rancangan yang berbahaya atau ancaman, kemudian melakukan *perception of situation* yang berarti individu menilai bahaya Covid-19 dipengaruhi oleh sikap, pengetahuan, kemampuan, dan pengalaman masa lalu, sehingga menimbulkan *anxiety state reaction* yaitu reaksi kecemasan sesaat yang kadang diikuti oleh reaksi fisiologis ketika mendapatkan informasi tentang dampak virus Covid-19, misalnya detak jantung jadi lebih cepat, berkeringat, kulit memerah, dsb (Vibriyanti, 2020).

13. Stres dan Depresi di Masa Pandemi

Semenjak terjadinya wabah, beberapa penelitian telah menunjukkan peningkatan masalah kesehatan mental dan *psychological distress* pada orang sehat yang tidak terinfeksi yang disebabkan oleh peningkatan risiko infeksi Covid-19, yang diakibatkan oleh tindakan karantina yang ketat, tetap di rumah, dan kebijakan lainnya (Losada-Baltar, dkk., 2020; Zhu, dkk., 2020). Hal ini juga terjadi di Indonesia dimana semenjak diberlakukan kebijakan *stay at home*, banyak masyarakat yang tidak dapat melakukan aktivitasnya seperti biasanya, harus berada di rumah dan hanya keluar bila memiliki kebutuhan yang mendesak.

Sebagian masyarakat juga mengalami stres dikarenakan ketidakpastian mengenai penyakit Covid-19. Stres ini bila tidak teratasi maka akan mengarah pada gangguan depresi. Depresi adalah gangguan mental yang umum. Secara global, lebih dari 264 juta orang dari segala usia menderita depresi. Depresi bisa menyebabkan seseorang melakukan tindakan bunuh diri (*World Health Organization*, 2020c). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI menunjukkan prevalensi depresi total penduduk yang berusia lebih dari 15 tahun di Indonesia mencapai 6,1 persen (Jayani, 2019). Sebanyak 64,3 persen dari 1.522 orang responden memiliki masalah psikologis cemas atau depresi setelah melakukan periksa mandiri via daring terkait kesehatan jiwa dampak dari pandemi Covid-19 yang dilakukan di laman resmi Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) dengan gejala depresi utama yang umumnya dirasakan adalah gangguan tidur, kurang percaya diri, lelah tidak bertenaga, dan kehilangan minat (Ramadhan,

2020).

Proses terapi untuk klien dengan depresi selama masa pandemi tidak dapat dilakukan secara tatap muka (Shader, 2020). Shader juga menyarankan untuk para dokter, pendeta, tenaga kesehatan mental, dan teman yang akrab dengan prinsip-prinsip *cognitive behavioral therapy* mungkin dapat membantu melalui telepon, *email*, atau kontak video yang difasilitasi oleh internet.

14. *Psychosomatic and Somatoform Disorder* di Masa Pandemi

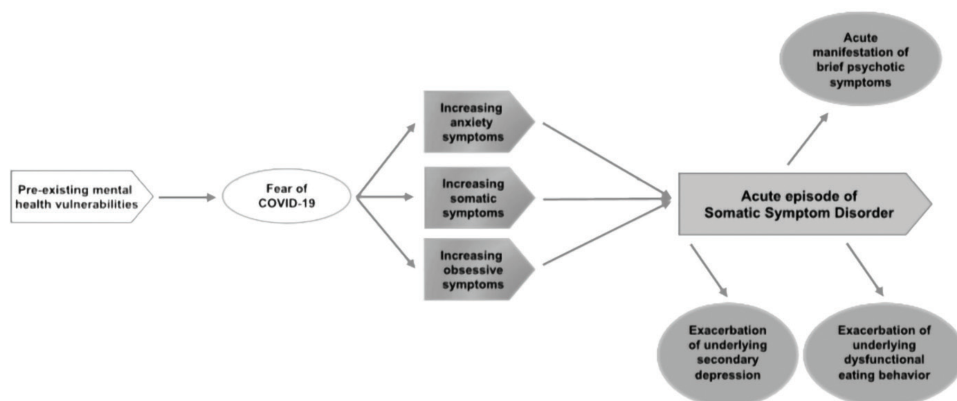
Psychosomatic terdiri dari kata *psyche* (pikiran) dan *soma* (badan). Gangguan psikosomatis merupakan penyakit yang melibatkan pikiran dan tubuh. Stres dan kecemasan dapat memperparah beberapa kondisi penyakit fisik. Kondisi mental dapat mempengaruhi penyakit fisik kapanpun (Willacy, 2020).

Dokter Toni Goodykoontz mengatakan bahwa setelah adanya Covid-19 banyak sekali pasien yang berdatangan mengeluhkan tentang sakit kepala maupun kelelahan dan beberapa pasien mulai berimajinasi bahwa mereka terinfeksi virus, tetapi kebanyakan pasien tidak menyadari bahwa semua ini merupakan manifestasi dari pergejolakan dan stres dari keadaan yang telah terjadi sekarang. Dokter Krisda Chaiyachati mengatakan bahwa adanya peningkatan dalam kasus nyeri dada, kesemutan, dan sakit perut. Beberapa dari masalah tubuh tersebut dapat dikatakan merupakan gejala dari psikosomatis, tetapi hal tersebut tidak dapat dipastikan karena masih banyak gejala virus corona yang belum selesai diteliti (Miller, 2020).

Somatic symptoms disorder adalah suatu gangguan yang disertai dengan pemikiran, perasaan, atau perilaku yang berlebihan yang berhubungan dengan masalah kesehatan, seperti pemikiran yang berlebihan akan suatu *symptom* yang dialami oleh diri individu, tingkat kecemasan yang selalu tinggi tentang kesehatan, menghabiskan waktu secara berlebihan untuk masalah kesehatan (*American Psychiatric Association*, 2013). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Liu, Liu, dan Liu (2020), penelitian ini dilakukan dengan studi observasi potong-lintang (*cross-sectional observational study)* pada siswa sekolah dasar (209 siswa) dan mahasiswa (198 siswa) di Sichuan. Para siswa dan mahasiswa mengisi

kuesioner *The Somatic Self-Rating Scale (SSS),* hasil menunjukkan kejadian gejala somatik di kalangan mahasiswa sebanyak 26.26 persen pada kategori ringan dan 8.59 persen pada kategori sedang dan kejadian gejala somatik pada siswa sekolah dasar adalah 2.39 persen pada kategori ringan. Di kalangan mahasiswa, kemungkinan untuk mengalami gejala somatik lebih tinggi ketika kekhawatiran terkait Covid-19 lebih besar, terutama terkait kebutuhan hidup sehari-hari. Untuk siswa sekolah dasar, hanya kekhawatiran mengenai ancaman terhadap kehidupan dan kesehatan yang ditimbulkan oleh Covid-19 secara signifikan dapat memprediksi gejala somatik. Sementara tingkat stres yang sesuai dapat meningkatkan ketahanan tubuh dan berfungsi sebagai mekanisme pertahanan diri, ketika stres tidak terkendali, sistem saraf otonom dan korteks terpengaruh secara negatif; ini dapat menyebabkan gejala psikosomatis dan somatik, dan pada gilirannya, menimbulkan masalah psikologis dan penyakit mental (Xiang, dkk., 2020).

Colizzi, dkk. (2020) melaporkan kasus eksaserbasi gejala *Severe and Persistent Somatic Symptom Disorder* (SSD), yang dipicu oleh rasa takut terjangkit Covid-19.



Gambar 1. Perkembangan menuju manifestasi episode akut Gangguan Gejala Somatik pada pasien yang khawatir terjangkit Covid-19

15. *Panic Disorder* di Masa Pandemi

Panic disorder merupakan gangguan yang disertai dengan serangan

panik yang terjadi secara berulang-ulang. Serangan panik merupakan serangan ketakutan atau perasaan tidak nyaman yang datang secara tiba-tiba selama beberapa menit. Gejala-gejala yang terjadi berupa jantung berdebar dengan cepat, berkeringat, gemetaran, sesak nafas, merasa tercekik, nyeri dada, mual, kesemutan, derealisasi (perasaan tidak nyata), takut akan kehilangan kontrol, takut akan kematian disertai dengan kekhawatiran akan adanya konsekuensi dari serangan panik dan perubahan perilaku yang maladaptif yang berhubungan dengan serangan panik (*American Psychiatric Association*, 2013).

Dari media *The Print* (Agrawal, 2020), pandemi virus corona sudah berjalan 5 bulan dan mempeparah gangguan kecemasan pada masyarakat. Konselor dan psikiater dari berbagai daerah di India menyatakan bahwa terjadinya kenaikan pasien dengan berbagai gangguan mental, salah satunya adalah gangguan panik. Gangguan panik memiliki efek psikologis, seperti kekhawatiran, tetapi efek fisik yang lebih mengkhawatirkan dikarenakan biasanya meniru gejala penyakit yang dikhawatirkan. Pasien yang memiliki kecemasan merasakan sesak nafas, nyeri dada, atau mengeluh tentang hidung tersumbat, mereka tidak menyadari bahwa gejala tersebut merupakan gejala kecemasan dan selalu menghubungkan gejala tersebut dengan Covid-19.

Penelitian yang dilakukan oleh Islam, Ferdous, dan Potenza (2020) meneliti sebanyak 1.311 individu yang berumur 13 tahun – 63 tahun yang berdomisili di Bangladesh dengan cara mengisi kuesioner secara *online*. Kuesioner tersebut terdiri dari Skala *Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)* dan *Panic Disorder Severity Scale (PDSS)* untuk mengukur kecemasan dan panik. Hasil penelitan menunjukkan bahwa persentase masing-masing adalah 79.6 persen pada panik dan 37.3 persen pada kecemasan. Berdasarkan hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa persentase individu yag memiliki panik lebih tinggi dari kecemasan.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Munk, dkk., (2020) pada 949 subjek di Jerman meneliti beberapa gangguan mental yang mempengaruhi individu pada saat *lockdown* Covid-19. Salah satu gangguan mental yang diteliti adalah *panic disorder*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 480 subjek dari 949 subjek yang menderita gangguan mental artinya sebanyak 50.6 persen subjek

memiliki gangguan mental dan yang memiliki *panic disorder* sebanyak 21.4 persen dan sisanya memiliki gangguan mental lain.

16. *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) di Masa Pandemi

Post-traumatic stress disorder (PTSD) merupakan gangguan psikologis yang dapat terjadi setelah seseorang mengalami pengalaman traumatis seperti gempa bumi, angin topan, dan SARS (Ding & Xia, 2014; Gonzalez, dkk., 2019; Mak, dkk., 2010). Ciri dasarnya adalah gejala karakteristik yang diakibatkan oleh paparan pengalaman traumatis, peristiwa kehidupan tragis pribadi, atau menyaksikan peristiwa yang melibatkan kematian, cedera, atau ancaman terhadap integritas fisik orang lain (Lin, dkk., 2007). Individu dengan PTSD juga akan dipaksa untuk menghidupkan kembali efek negatif yang disebabkan oleh peristiwa traumatis yang memberi mereka gangguan tersebut, yang dapat menyebabkan perubahan dramatis dalam kognisi dan suasana hati mereka, membuat mereka menghindari rangsangan terkait trauma dengan cara apa pun, gejala-gejala ini memiliki peran penting dan berdampak pada kehidupan sehari-hari dan pekerjaan individu tersebut (Farooqui, dkk., 2017; Sekiguchi, dkk., 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Rajkumar (2020) menyatakan bahwa pandemi Covid-19 ini akan memberikan dampak yang besar terhadap orang yang akan menderita PTSD. Hasil penelitiannya menemukan bahwa orang yang pernah mengalami wabah SARS menunjukkan gejala *post-traumatic stress*. Hal serupa juga terjadi pada masa pandemi Covid-19 ini, banyak orang yang melihat, merasakan, dan mengalami ketidaknyamanan yang ditimbulkan oleh pandemi ini, banyak berita mengenai keganasan dari Covid-19 ini yang mendukung timbulnya rasa takut pada masyarakat. Selain itu, sebagian besar masyarakat kehilangan anggota keluarganya dikarenakan Covid-19.

17. *Agoraphobia* dan *Mysophobia/Germophobia* di Masa Pandemi

Agoraphobia adalah ketakutan atau kecemasan akan menggunakan transportasi publik, berada di tempat terbuka, berada di tempat tertutup, berada

di keramaian, keluar dari rumah sendirian. Perasaan takut atau menghindari situasi-situasi tersebut karena memiliki pemikiran jika berada di situasi tersebut tidak dapat melarikan diri atau tidak adanya bantuan yang dapat memicu munculnya gejala panik atau gejala yang memalukan. *Agoraphobia* selalu memicu kecemasan, situasi *agoraphobia* sangatlah dihindari, membutuhkan pendamping untuk keluar rumah, jika situasi *agoraphobia* ditahan maka kecemasan akan meningkat (*American Psychiatric Association*, 2013).

Menurut Fletcher (2020), pandemi Covid-19 bisa memicu perasaan cemas pada siapapun. Namun, orang dengan gangguan kecemasan seperti *agoraphobia*, pandemi ini dapat meningkatkan kecemasan mereka lebih parah. Orang dengan *agoraphobia* tidak dapat membedakan antara rasa ketakutan atau bahaya yang nyata. Utami dan Anggraeani (2020) menyatakan bahwa masa karantina mandiri di rumah selama pandemi virus corona Covid-19 bisa memicu *agoraphobia*, akibat kecemasan yang berlebihan. Kondisi ini membuat orang takut dengan ruang terbuka dan situasi yang dirasa tidak aman.

Siapa pun dapat mengembangkan *agoraphobia*, terutama sebagai respons terhadap pandemi. Namun, beberapa orang memiliki peningkatan risiko terinfeksi Covid-19. Anda mungkin memiliki peluang lebih tinggi untuk mengembangkan *agoraphobia* jika, hidup dengan gangguan kecemasan lain, umumnya memiliki kepribadian yang cemas, seorang wanita berusia di bawah 35 tahun, dan memiliki kerabat biologis dengan *agoraphobia* (*Child and Family Psychological Services*, 2020).

Selain *agoraphobia*, gangguan kecemasan lain juga muncul di era pandemi ini. Misalnya, *mysophobia* yang juga dikenal sebagai *germophobia*, *germaphobia*, *verminophobia*, dan *bacillophobia* adalah ketakutan akan kontaminasi akan kuman. Karakter *mysophobia*, seperti menghindari tempat-tempat yang dianggap penuh kuman, menghabiskan banyak waktu untuk membersihkan dan mendekontaminasi, mencuci tangan secara obsesif, menolak untuk berbagi barang pribadi, menghindari kontak fisik dengan orang lain, takut terkontaminasi anak-anak, dan menghindari keramaian ataupun binatang (Smith, 2020).

Solikhin (2020) menjelaskan *germophobia* biasanya disebabkan oleh

trauma peristiwa atau kecemasan yang diakibatkan oleh keluarga. Bahkan di Amerika Serikat, penggunaan barang-barang seperti *hand sanitizer* berkontribusi meningkatkan penderita *germophobia*. Di tengah pandemi Covid-19 ini, banyak orang yang mendadak memiliki gangguan ini.

Pandemi virus corona Covid-19 tidak hanya menyebabkan berbagai jenis masalah kesehatan fisik, tetapi juga mengganggu kesehatan mental. Salah satunya, kondisi ini bisa memicu *mysophobia* akibat seseorang ketakutan terhadap ancaman virus corona. Dokter Martina Paglia, mengaku lebih banyak mendapati pasien dengan ketakutan khusus akibat munculnya wabah virus Covid-19 (Rahmawati & Anggraeani, 2020).

18. *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) di Masa Pandemi

Obsessive Compulsive Disorder ditandai dengan adanya obsesi dan atau kompulsi. Obsesi adalah pikiran, dorongan, atau gambaran yang berulang dan terus-menerus yang dialami dan mengganggu juga tidak diinginkan, sedangkan kompulsi adalah perilaku berulang atau tindakan mental yang menurut seseorang didorong untuk dilakukan sebagai respons terhadap obsesi atau sesuai dengan aturan yang harus diterapkan secara kaku (*American Psychiatric Association*, 2013). D'Ath dan Willson (2016) mengatakan bahwa ada beberapa orang dengan ciri psikologis tertentu cenderung rentan mengalami OCD yaitu orang yang perfeksionis, cenderung terlalu bertanggung jawab, terlalu melebih-lebihkan pentingnya pikiran mengenai suatu hal, dan orang yang intoleransi dengan ketidakpastian. Orang-orang tanpa OCD lebih cenderung untuk mengikuti pedoman dengan cara yang ditetapkan oleh pemerintah (yaitu mencuci tangan secara menyeluruh selama 20-30 detik dengan *handrub* berbasis alkohol dan 40-60 detik dengan sabun dan air mengalir), sedangkan mereka yang menderita OCD mungkin cenderung untuk mencuci sampai memenuhi 'kriteria yang direferensikan secara internal' seperti 'merasa nyaman' atau 'sudah tepat', mengakibatkan perilaku berulang dan berkepanjangan yang kemungkinan lebih lama dari 20-60 detik (Jassi, dkk., 2020).

Menurut Joag, telah terjadi peningkatan 20-25 persen dalam jumlah

pasien OCD yang ia temui sejak pandemi dimulai. Pasien dengan gangguan obsesif kompulsif (OCD) telah menyaksikan gejala mereka kambuh dan sekarang kembali dengan gejala yang lebih parah. Hal normal baru adalah pembersihan (karena ini adalah tindakan pencegahan Covid-19 yang penting) tetapi, dengan pasien OCD, pembersihan hampir bersifat ritualistik. Bila orang normal cuci tangan satu kali, mereka mencuci tangan 10-15 kali (Agrawal, 2020).

Selama PSBB, *treatment* mungkin dilakukan dari jarak jauh melalui konferensi video dan telepon. Penelitian telah menunjukkan bahwa ini adalah pilihan *treatment* yang layak bagi banyak orang, dan hasilnya setara dengan CBT tatap muka (Wootton, 2016). Penting untuk mempertimbangkan berbagai faktor sebelum memulai *treatment* ini. Ada pertimbangan praktis seperti apakah seseorang dapat mengakses *treatment* jarak jauh, misalnya ketersediaan komputer atau perangkat pribadi, penggunaan ruang yang tenang dan rahasia untuk sesi dan akses ke materi sesi. Praktisi telah mencatat beberapa keuntungan CBT jarak jauh, misalnya orang menggunakan telepon dalam sesi dan kemampuan bagi mereka untuk bergerak di area di mana OCD mereka dipicu, dan membuat pekerjaan lebih valid secara ekologis. Beberapa kelompok mungkin kesulitan dengan CBT jarak jauh, seperti orang dengan gangguan spektrum autisme (ASD) atau *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) (Jassi, dkk., 2020).

19. *Psychotic Experience* di Masa Pandemi

Selain menimbulkan dampak emosional pada orang yang terkena dampak, pandemi Covid-19 juga dapat menyerang orang yang memiliki masalah kesehatan mental sebelumnya, yang mengakibatkan kekambuhan atau memburuknya kondisi kesehatan mental yang sudah ada karena kerentanan yang tinggi terhadap stres dibandingkan dengan populasi umum (Yao, Chen, & Xu, 2020). Sanchez-Alonso, dkk., (2020) menemukan kasus *relapse* pasien psikotik dikarenakan karantina Covid-19. *American Psychiatric Association* (2013) menjelaskan fitur penting yang mendefinisikan gangguan psikotik adalah delusi, halusinasi, pemikiran yang tidak terorganisasi (ucapan), perilaku tidak teratur atau abnormal yang sangat buruk (termasuk *catatonia*), dan simptom negatif.

Parra, dkk., (2020) dalam penelitiannya menemukan bahwa pasien yang tertular Covid-19 menunjukkan *onset* baru dari simptom psikotik seperti delusi, halusinasi auditori dan visual. Populasi yang menderita gangguan mental serius, seperti psikotik, sangat rentan terhadap situasi yang mengancam, tetapi juga terhadap tindakan pembatasan aktivitas dan perubahan dalam rutinitas sehari-hari. Laporan kasus menyoroti pentingnya mengembangkan program dukungan khusus untuk populasi rentan ini dalam situasi yang belum pernah terjadi sebelumnya seperti krisis Covid-19. Peran *telemedicine* telah disarankan untuk tujuan itu (Kavoor, Chakravarthy, & John, 2020).

Penutup

Berdasarkan penjelasan-penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa Covid-19 masih menjadi ancaman yang serius di bidang kesehatan yang juga berdampak pada aspek kehidupan lainnya, seperti pada sektor ekonomi, pendidikan, dan lainnya. Pandemi ini tidak hanya berdampak pada kerugian global namun juga dapat berdampak pada kondisi psikologis individu yang menghadapinya. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kondisi psikologis manusia di masa pandemi ini karena mudahnya terjadi penularan Covid-19, adanya penyebaran *hoax* yang memicu munculnya kepanikan kolektif yang dapat mengarah kepada perilaku *panic buying*, meningkatkan tendensi individu pada permasalahan stres, depresi, OCD, agoraphobia, *panic disorder*, dan lain sebagainya.

Untuk itu, penulis ingin memberikan beberapa saran praktis bagi para pembaca agar *stay safe*. Para pembaca perlu tetap waspada ketika menerima informasi ataupun berita apapun yang mereka terima dari media sosial. Karena pada masa pandemi ini, telah banyak beredar *hoax* melalui pesan siaran (*broadcast*) melalui Whatsapp maupun Facebook. Pembaca dapat mengetahui perkembangan pandemi Covid-19 melalui Whatsapp Chatbot Covid-19 dengan nomor +6281133399000 dengan nama kontak yang tertera COVID19.GO.ID agar mendapatkan informasi yang dapat dipercaya. Dan jika pembaca menerima pesan ataupun berita mengenai Covid-19 yang masih diragukan kebenarannya,

sebaiknya pesan tersebut tidak disebarluaskan agar tidak memancing kepanikan massal.

Bagi para pekerja/karyawan, pada masa pandemi ini kiranya untuk meningkatkan kesejahteraannya dengan berdoa dan berolahraga selama menghadapi masa pandemi untuk menjaga kebugaran dan staminanya. Kemudian, untuk orang tua yang bekerja di rumah (*work from home*) dan memiliki anak yang belajar di rumah (*study from home*) selama masa pandemi ini diharapkan dapat mengelola emosi (*emotion regulation*) ke arah yang lebih positif sehingga, perasaan-perasaan negatif tidak menganggu selama beradaptasi dengan rutinitas baru selama pandemi berlangsung.

Bagi masyarakat kiranya dapat memantau dan tetap menjaga kesehatan fisik maupun psikologisnya. Namun, masyarakat yang memiliki persoalan psikologis juga dapat memanfaatkan *platform* yang telah disediakan oleh pemerintah berupa Layanan Konseling Psikologi Sehat Jiwa "Sejiwa" melalui *hotline* 119 ext 8 yang telah diluncurkan pada 29 April 2020. Layanan ini menggunakan pendekatan *Psychological First Aid* (Bantuan Psikologi Awal) via media telepon yang akan disambungkan ke relawan Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) yang terdiri dari para praktisi psikologi Indonesia.

Bagi para pasien Covid-19 ataupun pasien penyakit lainnya, semoga kiranya tidak patah semangat dalam berjuang melawan penyakit yang dideritanya, tetap optimis, meningkatkan spiritualitas dengan perbanyak berdoa, dan berpikir positif, serta mengikuti pengobatan dan protokol kesehatan yang dianjurkan oleh dokter. Jika pasien merasa memiliki permasalahan dengan kondisi psikologisnya, pasien dapat menghubungi tenaga kesehatan mental berupa psikolog, dokter, psikiater, dan lainnya secara telemedis ataupun dengan menggunakan aplikasi semacam Halodoc, Alodokter, dan semacamnya. Jika dalam kasus yang gawat, pasien dapat langsung datang ke rumah sakit terdekat namun menggunakan masker dan menjaga jarak dari orang lain.

Bagi para siswa dan mahasiswa yang mengikuti kelas *online* (*study from home*), kiranya dapat tetap semangat dalam menuntut ilmu, membatasi waktu penggunaan *gadget*, komputer, maupun media sosial di luar jam belajar, serta menyaring banyaknya informasi-informasi yang disampaikan dalam media

sosial. Karena dibutuhkan energi ekstra untuk dapat memproses banyaknya informasi yang dilihat di media sosial. Kelebihan informasi akan menyebabkan individu mengalami beban kognitif dan jika beban kognitif berlangsung dalam kurun waktu yang lama, secara biologis dan emosional akan membuat individu merasa *fatigue* dan terganggu kesehatan mentalnya.

Bagi rumah sakit, khususnya rumah sakit rujukan pasien Covid-19, agar dapat tetap menjaga sterilitas lingkungan di rumah sakit selama masa pandemi. Semua insan yang bekerja di dalamnya harus dipantau lebih ketat karena rumah sakit tergolong kategori "*high risk*" dalam penyebaran virus Covid-19. Dokter, perawat, maupun pekerja lain yang berada di rumah sakit rentan terpapar karena berhubungan langsung dengan pasien Covid-19. Oleh sebab itu diharapkan agar pihak rumah sakit selalu menyediakan APD (Alat Pelindung Diri) yang cukup untuk seluruh insan yang bekerja di dalamnya agar penularan virus tidak meningkat dan juga agar menjaga kesehatan seluruh pekerja yang berada di rumah sakit.

Bagi pemerintah, kiranya dapat menggunakan media sosial atau media masa dalam mengedukasi masyarakat terkait Covid-19 dan bahayanya, penyebarannya, metode pencegahan, dan selain itu mengerahkan aparat-aparat untuk tetap mengawasi pelaksanaan protokol kesehatan di masyarakat dan menindak tegas segala pelanggaran yang ada, agar kasus penyebaran Covid-19 kiranya dapat menurun hingga obat ataupun vaksin Covid-19 dapat ditemukan.

Daftar Acuan

Agrawal, S. (2020, 19 Agustus). *Anxiety disorders on rise as Covid refuses to abate, doctors say cured patients relapsing.* The Print. Diunduh tanggal 21 Agustus 2020, dari https://theprint.in/health/anxiety-disorders-on-rise-as-covid-refuses-to-abate-doctors-say-cured-patients-relapsing/483787/

Aliza, N. F. (2020, 19 Mei). *Hikmah Ramadhan: Puasa & regulasi emosi di masa pandemi Covid-19*. harianjogja.com. Diunduh tanggal 25 Agustus 2020, dari https://opini.harianjogja.com/read/2020/05/19/545/1039694/hikmah-ramadan-puasa-regulasi-emosi-di-masa-pandemi-covid-19

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition (DSM-V)*. Washington: American Psychiatric Publishing

Ariati, J. (2010). Subjective Well-Being dan Kepuasan Kerja pada Staf Pengajar di Lingkungan Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro. *Jurnal Psikologi Undip, 8(2), 117-123*

Basrowi. (2020, 27 Mei). Menghadirkan Kesejahteraan di Tengah Kesulitan Ekonomi Saat Wabah Corona. duniadosen.com. Diunduh tanggal 25 Agustus 2020, dari https://www.duniadosen.com/menghadirkan-kesejahteraan-di-tengah-kesulitan-ekonomi-saat-wabah-corona/

Bright, L. F., Kleiser, S. B., & Grau, S. L. (2015). Too much Facebook? An exploratory examination of social media fatigue. *Computers in Human Behavior, 44, 148–155.* https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.11.048

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the Covid-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research, 112934.* https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934

Cheung, K. S., Hung, I. F., Chan, P. P., Lung, K. C., Tso, E., Liu, R., … Yip, C. C. (2020). Gastrointestinal manifestations of SARS-CoV-2 infection and virus load in fecal samples from a Hong Kong cohort:

Systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology, 159(1), 81-95*. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.065

Child and Family Psychological Services. (2020, 1 Juni). How the ongoing pandemic could cause agoraphobia. *Child and Family Psychological Services*. Diunduh tanggal 22 Agustus 2020, dari https://www.cfpsych.org/blog/how-the-ongoing-pandemic-could-cause-agoraphobia/

Citradi, T. (2020, 03 Agustus). *Viral anji-hadi pranoto soal temuan obat corona, ini faktanya. Cnbc indonesia*. Diunduh tanggal 25 Agustus 2020, dari https://www.cnbcindonesia.com/tech/20200803115936-37-177077/viral-anji-hadi-pranoto-soal-temuan-obat-corona-ini-faktanya

Colizzi, M., Bortoletto, R., Silvestri, M., Mondini, F., Puttini, E., Cainelli, C., … Zoccante, L. (2020). Medically unexplained symptoms in the times of Covid-19 pandemic: a case-report. *Brain, Behavior, & Immunity - Health, 5, 1-4.*. doi:10.1016/j.bbih.2020.100073

D'Ath, K. & Willson, R. (2016). *Managing OCD with CBT for dummies*. New York: John Wiley & Sons

Darwadi, M. S. (2017). Media baru sebagai informasi budaya global. *Jurnal Komunikator, 9(1), 39-48*

Dewi, D. S. (2020, 06 Juli). *Penelitian: Orang Indonesia alami kecemasan tinggi saat pandemi*. tirto.id. Diunduh tanggal 21 Agustus 2020, dari https://tirto.id/penelitian-orang-indonesia-alami-kecemasan-tinggi-saat-pandemi-fNXc

Dhir, A., Yossatorn, Y., Kaur, P., & Chen, S. (2018). Online social media fatigue and psychological well-being – A study of compulsive use, fear of missing out, fatigue, anxiety and depression. *International Journal of Information Management, 40, 141-152.* https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2018.01.012

Ding, C., & Xia, L. (2013). Posttraumatic reactions to an earthquake: Multidimensional scaling profile analysis of adolescent survivors. *Journal of Health Psychology, 19(8), 1055–1065.* doi:10.1177/1359105313483644

Du Plessis, M. (2019). Coping with occupational stress in an Open Distance

Learning University in South Africa. *Journal of Psychology in Africa, 29(6), 570–575*. doi:10.1080/14330237.2019.1689466

Farooqui, M., Quadri, S. A., Suriya, S. S., Khan, M. A., Ovais, M., Sohail, Z., … Hassan, M. (2017). *Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 39(2), 135–143.* doi:10.1590/2237-6089-2016-0029

Farrell, A. K., & Simpson, J. A. (2017). Effects of relationship functioning on the biological experience of stress and physical health. *Current Opinion in Psychology,13, 49–53.* doi:10.1016/j.copsyc.2016.04.014

Firman., & Rahman, R. S. (2020). Pembelajaran online di tengah pandemi Covid-19. *Indonesian Journal of Educational Science (IJES), 2(2), 81-89*. https://doi.org/10.31605/ijes.v2i2.659

Fitria, L., & Ifdil. (2020). Kecemasan remaja pada masa Pandemi Covid-19. *Jurnal EDUCATIO (Jurnal Pendidikan Indonesia), 6(1), 5-8*. https://doi.org/10.29210/120202592

Fitria, L., Neviyarni., Netrawati., Karneli, Y. (2020). Cognitive Behavior Therapy Counseling untuk mengatasi anxiety dalam masa pandemi Covid-19. *Jurnal Pendidikan dan Konseling, 10(1), 23-29*

Fletcher, J. (2020, 15 Mei). *How to cope with agoraphobia during the Covid-19 Pandemic*. Medical News Today. Diunduh tanggal 22 Agustus 2020, dari https://www.medicalnewstoday.com/articles/agoraphobia-and-Covid-19

Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., & Donnely, J. H. (1995). *Organisasi dan manajemen, perilaku, struktur, proses (edisi kelima jilid 2)*. Alih Bahasa: Agung Dharma. Jakarta: Erlangga

Gonzalez, A., Rasul, R., Molina, L., Schneider, S., Bevilacqua, K., Bromet, E. J., … Schwartz, R. (2019). Differential effect of Hurricane Sandy exposure on PTSD symptom severity: comparison of community members and responders. *Occupational and Environmental Medicine, 76, 881-887.* doi:10.1136/oemed-2019-105957

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington: American Psychological

Association

Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of Conflict Between Work and Family Roles. *Academy of Management Review, 10(1), 76–88.* doi:10.5465/amr.1985.4277352

Handayani, L. (2020). Keuntungan, kendala, solusi pembelajaran online selama pandemi Covid-19 : Studi eksploratif di SMPN 3 Bae Kudus. *Journal Industrial Engineering & Management Research (JIEMAR), 1(2), 15-23*. https://doi.org/10.7777/jiemar.v1i2.36

Handoyo, A. (2020, 05 Maret). Cegah Corona, PT Stanley cek suhu tubuh pegawai dan bagikan masker. redaksi24.com. Diunduh tanggal 23 Agustus 2020, dari https://www.redaksi24.com/cegah-corona-pt-stanley-cek-suhu-tubuh-pegawai-dan-bagikan-masker/

Hapsari, I. (2020). Konflik peran ganda dan kesejahteraan psikologis pekerja yang menjalani work from home selama pandemi Covid-19. *Jurnal Psikologi, 13(1), 37-45*. http://dx.doi.org/10.35760/psi.2020.v13i1.2623

Hodges, C., Moore, S., Lockee, B., Trust, T., & Bond, A. (2020, 27 Maret). The difference between emergency remote teaching and online learning. *Educause Review*. Diunduh tanggal 21 Agustus 2020, dari https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning

Islam, M. S., Ferdous, M. Z., & Potenza, M. N. (2020). Panic and generalized anxiety during the Covid-19 Pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak. *Journal of Affective Disorders 276, 30–37*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.049

Jassi, A., Shahriyarmolki, K., Taylor, T.,… Veale, D. (2020). OCD and Covid-19: a new frontier. *The Cognitive Behaviour Therapist, 13(27), 1—11*. doi:10.1017/S1754470X20000318

Jayani, D. H. (2019, 9 Oktober). *Provinsi mana yang memiliki angka depresi tertinggi*. databoks.katadata.co.id. Diunduh tanggal 21 Agustus 2020, dari https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/09/provinsi-mana-yang-memiliki-angka-depresi-tertinggi?utm=gmb

Juliantari, N. K., Sudarsana, I. K., Poniman, P.,... Hermoyo, P. (2020). *Covid-19: Perspektif susastra dan filsafat*. Medan: Yayasan Kita Menulis

Karimi, A. F., & Efendi, D. (2020). *Membaca korona esai-esai tentang manusia, wabah, dan dunia*. Jawa Timur: Caremedia Communication

Kavoor, A. R., Chakravarthy, K., & John, T., (2020). Remote consultations in the era of Covid-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian J. Psychiatry, 51, 1-2*. https://doi.org/10.1016/j.ajp. 2020.102074

Kucharski, A. J., & Althaus, C. L. (2015). The role of superspreading in Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) transmission. *Euro Surveill, 20(25), 14-18*. doi:10.2807/1560-7917.es2015.20.25.21167

Lee, A. (2020). Wuhan novel coronavirus (Covid-19) why global control is challenging. *Public Health, 179, A1–A2*. doi:10.1016/j.puhe.2020.02.001

Lin, C.-Y., Peng, Y.-C., Wu, Y.-H., Chang, J., Chan, C.-H., & Yang, D.-Y. (2007). The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emergency Medicine Journal, 24(1), 12–17*. doi:10.1136/emj.2006.035089

Liu, S., Liu, Y., dan Liu, Y. (2020). Somatic symptoms and concern regarding Covid-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Research, 289, 1-5*. doi:10.1016/j.psychres.2020.113070

Lopes, G. P., Vale, F. B. C., Vieira, I., da Silva Filho, A. L., Abuhid, C., & Geber, S. (2020). Covid-19 and Sexuality: Reinventing Intimacy. *Archives of Sexual Behavior.* doi:10.1007/s10508-020-01796-7

Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M.D.S., Fernandes-Pires, J., Fernandes-Pires, J., (2020). We're staying at home". Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of Covid-19. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048

Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., Ho, S. C., & Chan, V. L. (2010). Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *General Hospital Psychiatry, 32(6), 590–598*. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.07.007

Manurung, M. Y. (2020, 29 Juni). *Kasus narkoba meningkat selama pandemi Covid-19, Ini daftarnya.* metro.tempo.co. Diunduh tanggal 25 Agustus 2020, dari https://metro.tempo.co/read/1358887/kasus-narkoba-meningkat-selama-pandemi-covid-19-ini-daftarnya/full&view=ok

Mashabi, S. (2020, 01 April). *Masyarakat kembali diingatkan tak panic buying beli masker*. nasional.kompas.com. Diunduh tanggal 21 Agustus 2020, dari https://nasional.kompas.com/read/2020/04/01/16010101/masyarakat-kembali-diingatkan-tak-panic-buying-beli-masker

Masrul., Abdillah, L. A., Tasnim.,.... Faried, A. I. (2020). *Pandemi Covid-19: Persoalan dan refleksi di Indonesia.* Medan: Yayasan Kita Menulis

Mauludi, S. (2019). *Seri Cerdas Hukum: Awas Hoaks! Cerdas menghadapi pencemaran nama baik, ujaran kebencian & hoaks*. Jakarta: Elex Media Komputindo

Miller, J. A. (2020, 4 Juni). *The Pandemic is stressing your body in new ways.* The New York Times. Diunduh tanggal 21 Agustus 2020, dari https://www.nytimes.com/2020/06/04/smarter-living/the-pandemic-is-stressing-your-body-in-new-ways.html

Morrell, W. C. (2019). *Coronavirus all secrets about Coronavirus, practical advice to protect your family, symptoms and treatment*. Independently Published

Munk, A. J. L., Schmidt, N. M., Alexander, N.,Henkel, K., & Hennig, J. (2020). Covid-19—Beyond virology: Potentials for maintaining mental health during lockdown. *PLoS ONE, 15(8)*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236688

Nerlich, B., & Halliday, C. (2007). Avian flu: the creation of expectations in the interplay between science and the media. *Sociology of Health & Illness, 29(1), 46–65*. doi:10.1111/j.1467-9566.2007.00517

Organization for Economic Co-operation and Development. (2020, 15 Juli).

Coronavirus (Covid-19): SME Policy Responses. read.oecd-ilibrary.org. Diunduh tanggal 21 Agustus 2020, dari https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119680-di6h3qgi4x&title=Covid-19_SME_Policy_Responses

Parra, A., Juanes, A., Losada, C. P.,… Rentero, D. (2020). Psychotic symptoms in Covid-19 patients. A retrospective descriptive study. *Psyhiatry Research, 291, 1-4*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113254

Prabowo, H. (2020, 06 Juli). *Kalung 'Anti Virus Corona' kementan yang menyesatkan*. tirto.id. Diunduh tanggal 23 Agustus 2020, dari https://tirto.id/kalung-anti-virus-corona-kementan-yang-menyesatkan-fNXK

Pramita, E. W. (2020, 06 April). *Cerita work from home para pekerja ibukota, ada yang stres dan nyaman*. cantik.tempo.com. Diunduh tanggal 23 Agustus 2020, dari https://cantik.tempo.co/read/1328621/cerita-work-from-home-para-pekerja-ibukota-ada-yang-stres-dan-nyaman/full&view=ok

Pramudiarja, A. N. U. (2020, 27 Maret). *10 Kondisi kesehatan yang memicu dampak fatal virus Corona Covid-19.* health.detik.com. Diunduh tanggal 25 Agustus 2020, dari https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4954863/10-kondisi-kesehatan-yang-memicu-dampak-fatal-virus-corona-covid-19

Putra, N. P. (2020, 03 Maret). *Virus Corona picu panic buying makanan, masker, hand sanitizer, bagaimana meredamnya?*. Liputan6.com. Diunduh tanggal 25 Agustus 2020, dari https://www.liputan6.com/news/read/4193886/headline-virus-corona-picu-panic-buying-makanan-masker-hand-sanitizer-bagaimana-meredamnya

Rahardjo, W., Qomariyah, N., Mulyani, I., Andriani, I. (2020). Social media fatigue pada mahasiswa di masa pandemi Covid-19: Peran neurotisisme, kelebihan informasi, iInvasion of life, kecemasan, dan jenis kelamin. *Jurnal Psikologi Sosial*

Rahman, A., Delfirman., Setiawan, H. H., Kurniasari, A., Husmiati., Sumarno, S., & Murni, R. (2019). *Implementasi Standar Pelayanan Minimal*

(SPM) bidang sosial terkait pelaksanaan rehabilitasi sosial di dalam panti. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial

Rahmawati, Y., & Anggraeni, S. P. (2020, 03 Juni). *Virus Corona Covid-19 Bisa Memicu Mysophobia, Kenali Tanda-tandanya!*. Suara.com. Diunduh tanggal 22 Agustus 2020, dari https://www.suara.com/health/2020/06/19/151122/virus-corona-Covid-19-bisa-memicu-mysophobia-kenali-tanda-tandanya?page=all

Rajkumar, R. P. (2020). Post-traumatic stress in the wake of the Covid-19 Pandemic: a scoping review. *F1000Research 9:675*. https://doi.org/10.12688/f1000research.24513.1

Ramadhan, A. (2020, 01 Mei). *64,3 persen dari 1.522 orang cemas dan depresi karena Covid-19*. antaranews.com. Diunduh tanggal 20 Agustus 2020, dari https://www.antaranews.com/berita/1457067/643-persen-dari-1522-orang-cemas-dan-depresi-karena-covid-19

Raver, C. C. (2004). Placing emotional self-regulation in sociocultural and socioeconomic contexts. *Child Development, 75(2), 346–353*. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00676.x

Rochman, K. L., & Rohmad. (2010). *Kesehatan mental.* Stain Purwokerto Press

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Sabir, A., & Phil, M. (2016). Gambaran umum persepsi masyarakat terhadap bencana di Indonesia. *Jurnal Ilmu Ekonomi Dan Sosial, 5(3), 304-326*

Sanchez-Alonso, S., Ovejero, S., Barrigón, M. L., & Baca-García, E. (2020). Psychotic relapse from Covid-19 quarantine, a case report. *Psychiatry Research, 290*, *1-2*. doi:10.1016/j.psychres.2020.113114

Sari, N. (2020, 16 Maret). *Cegah Covid-19, pemprov DKI imbau perusahaan terapkan kerja dari rumah*. kompas.com. Diunduh tanggal 23 Agustus 2020, dari https://megapolitan.kompas.com/read/2020/03/16/12265131/cegah-covid-19-pemprov-dki-imbau-

perusahaan-terapkan-kerja-dari-rumah

Sekiguchi, A., Sugiura, M., Taki, Y., Kotozaki, Y., Nouchi, R., Takeuchi, H., … Kawashima, R. (2013). Brain structural changes as vulnerability factors and acquired signs of post-earthquake stress. *Molecular Psychiatry, 18(5), 618–623.* doi:10.1038/mp.2012.51

Setiawan, K. (2020*). Aprindo sebut panic buying di 6 kota pasca pengumuman Corona*. bisnis.tempo.co. Diunduh tanggal 23 Agustus 2020, dari https://bisnis.tempo.co/read/1315098/aprin do-sebut-panic-buying-di-6-kota-pascapengumuman-corona/full&view=ok

Setyorini, I. (2020). Pandemi Covid-19 dan online learning: Apakah berpengaruh terhadap proses pembelajaran pada kurikulum 13?. *Journal of Industrial Engineering & Management Research (JIEMAR), 1(1), 95-102*

Shader, R. I. (2020). Covid-19 and depression. *Clinical Therapeutics*. doi:10.1016/j.clinthera.2020.04.010

Shen, Z., Ning, F., Zhou, W., He, X., Lin, C., Chin, D. P., Zhu, Z, & Schuchat, A. (2004). Superspreading SARS Events Beijing, 2003. *Emerg Infect Dis, 10(2), 256-260*

Singh, V., & Thurman, A. (2019). How many ways can we define online learning? A systematic literature review of definitions of online Llearning (1988-2018). *American Journal of Distance Education, 33(4), 289–306*. doi:10.1080/08923647.2019.1663082

Smith, K. (2020, 12 September). *Mysophobia (Germophobia): The Fear of germs*. Psycom. Diunduh tanggal 22 Agustus 2020, dari https://www.psycom.net/mysophobia-germophobia

Solikhin, A. (2020, 27 Maret). *Mendadak germophobia Covid-19*. Qureta.com. Diunduh tanggal 22 Agustus 2020, dari https://www.qureta.com/next/post/mendadak-germophobia-Covid-19

Sousa, A. De., Mohandas, E., & Javed, A. (2020). Psychological interventions during Covid-19: challenges for low and middle income countries. *Asian Journal of Psychiatry, 51, 1-4. doi:10.1016/j.ajp.2020.102128*

Stadnytskyi, V., Bax, C. E., Bax, A., & Anfinrud, P. (2020). The airborne

lifetime of small speech droplets and their potential importance in SARS-CoV-2 transmission. *National Academy of Sciences of the United States of America, 117(22), 11875–11877*. https://doi.org/10.1073/pnas.2006874117

Sutrisno. (2020). Covid-19 dan arah ekonomi Indonesia. *Jurnal Ekonomi 22(2), 125-130*

Taylor, S. (2019). *The psychology of Pandemics: Preparing for the next global outbreaks of infectious diseases*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing

Thaha, A. F. (2020). Dampak Covid-19 terhadap UMKM di Indonesia. *Jurnal Brand, 2(1), 147-153*

Thukral, N. (2020). *Panic buying, lockdowns may drive world food inflation - FAO, analysts*. The Guardian. Diunduh tanggal 21 Agustus 2020, dari https://www.theguardian.pe.ca/news/world /panic-buying-lockdowns-may-drive-worldfood-inflation-fao-analysts-427669/

Tim CNN Indonesia (2020, 15 April). *5 penyakit penyerta penyebab kematian pasien Covid-19*. Diunduh tanggal 22 Agustus 2020, dari https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20200415143127-255-493794/5-penyakit-penyerta-penyebab-kematian-pasien-covid-19

Turban, J. L., Keuroghlian, A. S., & Mayer, K. H. (2020). Sexual health in the SARS-CoV-2 era. *Annals of Internal Medicine*, https://doi.org/10.7326/M20-2004

Utami, S. H., & Anggraeni, S. P. (2020, 3 Juni). *Pandemi virus corona Covid-19 picu agoraphobia, kenali gejalanya!.* Suara.com. Diunduh tanggal 22 Agustus 2020, dari https://www.suara.com/health/2020/06/03/193000/Pandemi-virus-corona-Covid-19-picu-agoraphobia-kenali-gejalanya

Vibriyanti, D. (2020). Kesehatan mental masyarakat: Mengelola kecemasan di tengah pandemi Covid-19. *Jurnal Kependudukan Indonesia, 69-74*

Wicaksono, P. E. (2020). *Cek fakta: Hoaks video bayi bicara soal telur rebus penangkal Corona Covid-19.* Liputan6.com. Diunduh tanggal 21 Agustus 2020, dari https://www.liputan6.com/cek-fakta/

read/4211867/cek-fakta-hoaks-video-bayi-bicara-soal-telur-rebus-penangkal-corona-covid-19

Willacy, H. (2020, 30 Juni). *Psychosomatic Disorders*. Patient.info. Diunduh dari 21 Agustus 2020, dari https://patient.info/mental-health/psychosomatic-disorders#:~:text=Psychosomatic%20means%20mind%20(psyche)%20and,such%20as%20stress%20and%20anxiety

Wootton, B. M. (2016). Remote cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive symptoms: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 43, 103–113*. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.001

World Health Organization. (2019, 21 Maret). *Ten threats to global health in 2019*. who.int. Diunduh tanggal 20 Agustus 2020, dari https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/ten-threats-to-global-health-in-2019

World Health Organization. (2020a). *Coronavirus Disease (Covid-19)*. who.int. Diunduh tanggal 03 September 2020, dari https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus

World Health Organization. (2020b). *Coronavirus Symptoms*. who.int. Diunduh tanggal 27 Agustus 2020, dari https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3

World Health Organization. (2020c). *Depression*. who.int. Diunduh tanggal 21 Agutsus 2020, dari https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

World Health Organization. (2020d). *Pertanyaan dan jawaban terkait Coronavirus*. who.int. Diunduh tanggal 20 Agustus 2020, dari https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus/qa-for-public

World Health Organization. (2020e, 20 Januari). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation report – 1*. who.int. Diunduh tanggal 20 Agustus 2020, dari https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

World Health Organization. (2020f, 31 January). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation report – 11*. who.int. Diunduh tanggal 20 Agustus

2020, dari https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4

Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry.* doi:10.1016/s2215-0366(20)30046-8

Xiao, L., Mou, J., & Huang, L. (2019). Exploring the antecedents of social network service fatigue: a socio-technical perspective. *Industrial Management & Data Systems, 119(9), 2006–2032.* doi:10.1108/imds-04-2019-0231

Yao, H., Chen, J.-H., Xu, Y.-F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID19 epidemic. *Lancet Psychiatry 7(4), e21*. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0

Yu, L., Cao, X., Liu, Z., & Wang, J. (2018). Excessive social media use at work: Exploring the effects of social media overload on job performance. *Information Technology & People, 31(6), 1091-1112*. https://doi.org/10.1108/ITP-10-2016-0237

Zhang, S., Zhao, L., Lu, Y., & Yang, J. (2016). Do you get tired socializing? An empirical explanation of discontinuous usage behavior in social network service. *Information & Management, 53(7), 904-914*. https://doi.org/10.1016/j.im.2016.03.006

Zhu, S., Wu, Y., Zhu, C.-y., Hong, W.-c., Yu, Z.-x., Chen, Z.-k., Chen, Z.-l., Jiang, D.-g., Wang, Y.-g., (2020). The immediate mental health impacts of the Covid-19 pandemic among people with or without quarantine managements. *Brain Behav. Immun, 87, 56-58*. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.045

David Junovandy, Erwin Hogi, Frida Condinata, Jason Kosasi, Julike, & Andy Chandra, *Corona virus attack our earth since the end of 2019. Corona virus was known as novel corona virus (n-CoV 19) or SARS-CoV-2. and the name of the disease caused by SARS-CoV-2 is Corona Virus Disease which found in 2019 (Covid-19). First case of Covid-19 was discovered in Wuhan, China and killed lots of lives. Corona virus spread rapidly and could be found at every corner of the earth now. It's recorded more than twenty-four million Covid-19 cases and more than eight hundred thousand people has died worldwide. This article aims to show 19 reasons why Covid-19 was a global pandemic. A lot of research has shown Covid-19 affects our daily life. It deteriorates our physical health, mental health, and world economic. In pandemic era, people should filter their information, because during this pandemic lots of hoax were spreading in social platforms. We suggest that people could regulate their own emotion positively during this pandemic. For people who have psychological problems could contact psychological service that has been provided by the government for our community called "Sejiwa". Some implications and recommendations were discussed in this article.*

Bab 16. Dampak Diskoneksi Sosial pada Kesehatan Jiwa di Masa Pandemi Covid-19: Sebuah Tinjauan Neurokognitif Mengenai *Brain Styles*

Sabiqotul Husna

Pandemi Covid-19 dapat dideskripsikan sebagai kondisi darurat kesehatan global yang memberikan dampak besar terhadap hampir seluruh aspek kehidupan manusia. Sebagai peristiwa psikososial yang memberikan efek kejut pada hampir seluruh masyarakat di dunia, pandemi Covid-19 telah menyebabkan kolapsnya berbagai sektor kehidupan masyarakat meliputi sektor sosial, ekonomi, pendidikan, dan tentu saja sektor kesehatan. Kekagetan masyarakat dunia termasuk masyarakat Indonesia untuk beradaptasi dengan aturan dan keadaan baru selama pandemi menimbulkan banyak efek, baik itu jangka pendek, jangka menengah, maupun jangka panjang. Beberapa penelitian terbaru telah mengkaji pula efek jangka pendek dan jangka panjang pandemi ini terhadap kesehatan jiwa (Serafini dkk., 2020; Haider dkk., 2020). Strategi mitigasi di berbagai ranah sedang dilakukan oleh pemangku kebijakan, namun salah satu yang mungkin masih minim disorot adalah strategi mitigasi dalam mengatasi efek pandemi Covid-19 pada bidang kesehatan jiwa di tataran individu maupun kolektif.

Tidak dapat dielakkan lagi bahwa pandemi Covid-19 merupakan pengalaman kolektif yang mentransformasikan dan menghubungkan seluruh umat manusia ke dalam sebuah *continuum stress*, diskoneksi dan isolasi sosial, ancaman personal, ketidakpastian, sekaligus resesi ekonomi. Level stres dan isolasi sosial serta efek lainnya bisa bervariasi dirasakan antar individu karena setiap individu memiliki reaksi yang berbeda-beda meskipun stimulus/*stressor* yang muncul dipandang sama. Beberapa penelitian terdahulu telah mengkaji perbedaan individu di level reaksi dan respon terhadap *stressor* dan stimulus lingkungan (Hancock & Szalma, 2008; Hagger, 2009; Parkes & Hughes, 2017). Lebih lanjut, sebuah studi terbaru menyimpulkan bahwa pertimbangan

tentang kekhasan individu berdasarkan elemen-elemen biologis, sistem otak dan kaitannya dengan respon terhadap stimulus, serta elemen lingkungan menjadi fokus riset neurokognitif yang perlu dilakukan untuk mendapatkan pemahaman menyeluruh mengenai konsekuensi-konsekuensi kesehatan jiwa yang muncul akibat pandemi Covid-19 (Hagerty & Williams, 2020).

Senada dengan hal tersebut, penulis berargumen bahwa menjadi sangat urgen bagi komunitas peneliti, praktisi, dan pemangku kebijakan dalam bidang kesehatan mental di Indonesia untuk melakukan kajian berkesinambungan dan multidisiplin mengenai konsekuensi pandemi Covid-19 terhadap kesehatan mental dalam level individu dengan pendekatan *brain-based behavioral perspective*. Hal ini dikarenakan langkah awal mitigasi di level individu pada akhirnya akan menjadi landasan kebijakan mitigasi yang baik secara kolektif.

Salah satu kajian yang dapat menjelaskan fenomena atas reaksi berbeda dari setiap individu atas stimulus atau keadaan sosial yang sama adalah kajian mengenai *brain styles*. Cacioppo dkk. (2015) menyimpulkan dalam studi mereka bahwa isolasi sosial merupakan faktor risiko utama morbiditas dan kematian pada manusia selama lebih dari seperempat abad. Meski fokus penelitian telah dilakukan pada peran sosial objektif dan perilaku kesehatan, namun otak dan pola sistem kognitif merupakan organ kunci untuk individu membentuk, memantau, memelihara, memperbaiki, dan mengganti koneksi yang bermanfaat dengan individu lain. Pada hakikatnya, otak manusia tidak begitu saja menanggapi rangsangan (termasuk orang dan lingkungan) dalam mode yang tidak berubah, melainkan sistem otak sebetulnya secara sistematis mengkategorikan, mengabstraksi, menafsirkan, dan mengevaluasi rangsangan yang masuk ke dalam kondisi dan tujuan saat ini, serta menyinkronkan dengan pengetahuan sebelumnya berdasar pada predisposisi yang ada. Artinya, setiap individu memiliki sisi kekhasan masing-masing akibat predisposisinya.

Peneliti lain juga menyimpulkan bahwa setiap individu memiliki pola kognitif dan strategi koding yang berbeda yang mempengaruhi keseluruhan variabilitas perbedaan individu. Variabilitas sering dianggap sebagai gangguan dalam sebuah kajian di mana variabilitas individu dalam aktivitas otak sebagai sebuah hasil statistik dipandang tidak begitu berarti. Namun demikian, sifat

sistematis variasi aktivitas otak antara individu menawarkan kesempatan unik untuk memenuhi salah satu tujuan neurokognitif dan neuroergonomi, yaitu menggunakan ilmu saraf untuk memahami keunikan aspek pikiran individu untuk berbagai konteks kehidupan (Miller dkk., 2012).

Atas argumen tersebut, peneliti dan akademisi kesehatan mental di Indonesia perlu untuk segera memulai melakukan kajian di bidang tersebut. Telaah literatur ini diharapkan menjadi satu sumbangan kecil yang bisa berfungsi sebagai kajian dasar. Tujuannya adalah agar dapat memberikan rekomendasi terbaik bagi akademisi, praktisi, pemangku kebijakan, dan tentunya masyarakat dalam menghadapi pandemi Covid-19 dan situasi-situasi yang ada di dalamnya sehingga individu memiliki mekanisme koping yang tepat sesuai dengan keadaannya masing-masing. Makalah ini memfokuskan pada telaah literatur kajian neurokognitif dan biopsikologi yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti sebelumnya mengenai *biotype brain styles*, sehingga diharapkan dapat memberikan gambaran posisi tema ini pada peta penelitian global dan nasional serta kaitannya pada konteks pandemi Covid-19.

Diskoneksi Sosial sebagai Katalisator Memburuknya Kesehatan Mental

Salah satu sumber ancaman yang akan memberi efek kontraproduktif terhadap kualitas kesehatan mental individu di masa pandemi Covid-19 adalah berubahnya tatanan interaksi dan koneksi sosial antar individu. Menjaga jarak dan kebijakan yang membatasi interaksi langsung secara tatap muka antar individu pada aktivitas sehari-hari merubah manifestasi koneksi sosial yang dirasakan setiap individu. Individu akan mengalami diskoneksi sosial yang secara langsung dan tidak langsung muncul akibat pembatasan interaksi selama pandemi Covid-19 (Hagerty & Williams, 2020).

Diskoneksi sosial sendiri merupakan kondisi di mana individu memiliki frekuensi yang rendah dalam berinteraksi langsung dengan individu-individu lain dalam konteks sosial. Banyak faktor yang menstimulus munculnya diskoneksi sosial seperti faktor situasi. Ada beberapa macam situasi yang akan mempercepat terjadinya diskoneksi sosial, meliputi struktur koneksi sosial yang kecil, interaksi

yang jarang dilakukan, dan situasi situasi khusus lainnya (Santini dkk., 2020). Dalam konteks pandemi Covid-19, pembatasan aktivitas sosial dan interaksi langsung secara fisik untuk mencegah penyebaran virus, memberikan efek diskoneksi sosial yang cukup serius. Menjaga jarak secara fisik memang berbeda dengan menjaga jarak secara sosial, namun pembatasan interaksi tatap muka secara fisik tentu tetap memberikan pengaruh terhadap munculnya diskoneksi sosial. Dalam arti lain, interaksi sosial selama pandemi covid-19 yang dilakukan melalui daring (*online*) tetap berbeda dengan interaksi langsung secara luring (*offline*) sehingga pemenuhan koneksi sosial menjadi terdampak.

Menurut Cornwell & Waite (2009) diskoneksi sosial erat kaitannya dengan perasaan terisolasi secara sosial. Perasaan terisolasi secara sosial muncul dalam bentuk kesepian dan merasa tidak mendapatkan dukungan sosial. Hal ini disebabkan oleh berkurangnya partisipasi dalam aktivitas sosial, frekuensi yang rendah dalam berinteraksi dengan banyak orang, dan menyempitnya pergaulan sosial.

Hidup sendirian, memiliki sedikit ikatan jejaring dan interaksi sosial, dan memiliki kontak sosial yang rendah adalah beberapa hal yang menjadi penanda isolasi sosial. Benang merah pada contoh-contoh situasi di atas adalah tujuan yang dicapai secara kuantitatif untuk membangun kelangkaan kontak sosial dan ukuran jaringan/interaksi. Sementara isolasi sosial bisa menjadi variabel yang dapat diukur secara objektif, kesepian adalah variabel yang subjektif mengenai keadaan emosional. Kesepian adalah persepsi isolasi sosial atau pengalaman subjektif kesepian, dan dengan demikian melibatkan pengukuran subjektif. Kesepian juga digambarkan sebagai ketidakpuasan terkait perbedaan antara keadaan sosial yang diinginkan dan yang sebenarnya terjadi (Holt-Lunstand dkk., 2015).

Penelitian-penelitian terdahulu juga telah menerangkan hubungan erat antara diskoneksi sosial serta isolasi sosial terhadap rendahnya kualitas kesehatan mental termasuk munculnya gejala *stress*, kecemasan, hingga depresi. Cornwell & Waite (2009) dalam hasil penelitiannya menyimpulkan diskoneksi sosial dan isolasi yang dirasakan individu memiliki asosiasi dengan kesehatan fisik maupun kesehatan jiwa pada individu dengan rentang usia dewasa hingga

tua. Lebih khususnya, diskoneksi sosial menyumbang terbentuknya penilaian kesehatan fisik yang rendah oleh diri sendiri, serta konsekuensi memburuknya kesehatan jiwa yang dipengaruhi oleh perasaan terisolasi dan kesepian. Studi lain oleh Santini dkk. (2020) juga memaparkan hasil analisis mediasi secara jangka panjang bahwa diskoneksi sosial memprediksi kemungkinan munculnya perasaan terisolasi yang berakibat pada gejala depresi dan kecemasan yang lebih tinggi di antara 3005 subjek berusia antara 57 sampai 85 tahun.

Isolasi sosial kronis juga telah lama diketahui sebagai faktor risiko morbiditas dan kematian. Bukti awal keterkaitan ini berasal dari studi epidemiologi di mana isolasi sosial biasanya didefinisikan dalam istilah fitur objektif dari lingkungan sosial, seperti tidak adanya pasangan, memiliki kontak bulanan yang rendah dengan teman dan keluarga, dan/atau tidak berpartisipasi dalam organisasi, klub, atau kelompok agama (Cacioppo dkk., 2015).

Lebih lanjut Hagerty & Williams (2020) menjelaskan perlunya eksplorasi lebih mendalam terhadap dinamika diskoneksi di level individu karena hal tersebut sangat berkaitan erat dengan pemenuhan kebutuhan dasar individu, yaitu koneksi dengan manusia lain (*human connection*) yang mana masing-masing individu bisa berbeda-beda. Dalam level pemenuhan kebutuhan dasar pada koneksi sosial, setiap individu memiliki kemungkinan besar perbedaan yang bersumber pada bermacam-macamnya profil otak individu yang terangkum dalam penjelasan tiga jenis *brain styles*, yaitu *rumination brain style, anhedonia brain style*, serta *threat disregulation brain style*. Pondasi hipotesis ini berangkat dari riset-riset neurokognitif, *social neuroscience*, psikologi klinis, dan neuropsikologi terdahulu yang telah mengeksplorasi perbedaan kebutuhan koneksi sosial di antara individu dengan tipe-tipe *brain style* yang berbeda. Pada konteks pandemi Covid-19 ini, besar kemungkinan efek diskoneksi dan isolasi sosial akan menyumbangkan level yang berbeda pula pada memburuknya kualitas kesehatan jiwa tiap individu karena perbedaan karakteristik *brain style* tersebut. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa pandemi Covid-19 saat ini bisa memberikan dampak yang berbeda-beda di antara masyarakat yang berbeda gender, usia, kultur, emosi, dan reaksi biologis (Jeronimus, 2020). Menjadi sangat penting untuk mempelajari lebih lanjut bagaimana faktor biologis (*gene,*

individual disposition & brain styles) dan faktor lingkungan memiliki hubungan resiprokal yang membentuk mekanisme tertentu pada memburuknya kesehatan jiwa tiap individu selama pandemi Covid-19.

Tidak dapat dipungkiri pula, riset dan kajian multidisipliner yang mencakup penelaahan perilaku manusia dengan perspektif berbasis kajian struktur otak masih sangat terbatas khususnya di Indonesia. Pendalaman kajian di ranah ini sangat dibutuhkan guna memberikan perspektif yang lebih komprehensif, terutama untuk merancang langkah mitigasi pandemi di ranah kesehatan jiwa yang lebih baik dengan mempertimbangkan karakteristik individu yang berbeda-beda (*individual differences*).

Perbedaan Individu pada Level *Brain Styles*, *Stress* dan Diskoneksi Sosial

Maslow (1943) (dalam Hagerty & Williams, 2020) menerangkan hierarki kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan fisiologis (*physiological need*), kebutuhan rasa aman (*safety need*), kebutuhan cinta, kasih sayang dan kepemilikan (*love & belonging*), kebutuhan dihargai (*esteem*), dan kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization*). Lima lapis kebutuhan dasar manusia tersebut mengikuti model hierarki piramida di mana ketika kebutuhan lapis lebih dasar terpenuhi maka individu akan beralih menuju lapis di atasnya. Lapis tertinggi adalah kebutuhan untuk beraktualisasi diri.

Pada konteks pandemi Covid-19, Hagerty & Williams (2020) lebih dalam menganalisis bahwa kondisi yang ada pada saat ini bisa dideskripsikan sebagai ancaman untuk pemenuhan terhadap 5 lapis kebutuhan pokok manusia menurut hierarki Maslow. Ketika 5 kebutuhan dasar itu tidak terpenuhi maka akan memunculkan efek kontraproduktif pada kesehatan jiwa individu. Dalam tataran lapis ketiga, yaitu kebutuhan cinta, kasih sayang dan kepemilikan (*love & belonging)* terdapat subkebutuhan yang sangat terdampak situasi pandemi Covid-19, yaitu kebutuhan akan hubungan dengan manusia lain (*human connection*).

Penelitian lain menjelaskan bahwa hubungan sosial adalah kebutuhan sangat mendasar untuk bertahan (*survive*) di dalam kehidupan bersama

individu-individu lain (Lieberman, 2013 dalam Hagerty & Williams, 2020). Lebih lanjut Hari dan Kujala (2009) merangkum bahwa para *neuroscientist* menyetujui kesimpulan bahwa manusia, sistem otak, dan kognisinya pada hakekatnya terbentuk dan berfungsi dengan normal ketika manusia secara kontinu berinteraksi satu dengan lainnya. Kesimpulan ini tentu memberikan perspektif baru di mana selama ini berdasarkan interpretasi hierarki Maslow banyak yang menganggap bahwa kebutuhan berhubungan dengan manusia lain disalah interpretasikan sebagai motivasi di lapis atas yang dibutuhkan hanya untuk fungsi perkembangan diri saja, namun tidak untuk basis bertahan hidup (*survive*). Kajian lain mendukung pemaknaan baru terhadap kebutuhan berhubungan/terkoneksi dengan manusia. Dalam penelitiannya, Harlow dan Zimmer (1959) (dalam Hagerty & Williams, 2020) menyimpulkan bahwa interaksi sosial secara fisik dan koneksi secara emosional memiliki peran yang sangat penting terhadap kekuatan bertahan hidup manusia (*survival need*).

Diskoneksi sosial secara kontinu yang sangat mungkin terjadi akibat situasi pandemi akan berdampak pada keadaan mental individu yang pada akhirnya mengganggu proses dan kemampuan bertahan hidup (*survival*). Manusia diharuskan oleh keadaan pandemi untuk lebih banyak tinggal di dalam rumah, mengurangi interaksi fisik di luar rumah, mengurangi atau bahkan menghentikan semua kegiatan dan aktivitas sosial ekonomi kemasyarakatan, dan terpisah dari keluarga besar, sahabat, dan kolega. Meski anjuran jaga jarak dan tinggal di rumah saja merupakan langkah terbaik dan sangat dibutuhkan dalam perspektif kesehatan masyarakat, namun sesungguhnya isolasi fisik (*stay at home*) dalam durasi waktu yang cukup lama tidaklah kompatibel dengan insting serta motivasi dasar manusia untuk mendapatkan rasa keterhubungan (Hagerty & Williams, 2020).

Pada level ini diskoneksi sosial akan diterima oleh banyak individu sebagai *stressor* yang akan memicu berbagai macam kondisi penurunan kesehatan mental. Ada berbagai karakteristik respon terhadap *stressor* dan stimuli lingkungan yang pada konteks ini dilandasi oleh mekanisme biologi dan perilaku (neurobiologi) masing-masing individu. Perbedaan respon terhadap stimuli telah banyak dikaji kaitannya dengan kepribadian, karakter, dan tipe kelekatan/*attachment* (Vrticka

& Vailleumier, 2012) dan yang paling mutakhir ialah *brain styles*. Hagerty & Williams (2020) lebih lanjut mendeskripsikan bahwa *brain styles* berfungsi sebagai penentu untuk setiap reaksi dan pengalaman personal individu pada situasi pandemi Covid-19 dalam konteks kesehatan jiwa.

Pertanyaan yang juga melandasi urgensi kajian mengenai *brain styles* kaitannya dengan diskoneksi sosial ini datang pula dari kesimpulan riset terdahulu oleh Bickaret dkk. (2012); Cacioppo dkk. (2009); Eisenberger & Cole (2012); Klumpp dkk. (2012) (dalam Cacioppo dkk., 2015) yang mengelaborasi pertanyaan mengapa persepsi tentang isolasi sosial penting untuk dipertimbangkan sebagai sebuah titik poin kajian. Jawabannya ialah karena interaksi sosial memiliki harga tersendiri bagi beberapa hal (misalnya persaingan untuk bertahan hidup, mencari sumber makanan, penghasilan, dan pasangan, eksploitasi, peningkatan risiko penularan patogen) serta manfaat tersendiri (misalnya saling melindungi dan membantu, transmisi keterampilan mencari makan dan penghasilan, serta pemenuhan koneksi). Struktur sosial dan perilaku yang relevan untuk mengurangi *cost* yang dibutuhkan sebuah hubungan sosial (misalnya hierarki dominasi, tanda-tanda sikap submisif, pengucilan, altruisme yang bersifat hukuman) dan hal-hal yang relevan untuk meraih manfaat dari hubungan sosial (misalnya keterikatan ibu-bayi, kecurangan) pada akhirnya berkontribusi pada kelangsungan hidup dan reproduksi, tetapi dua hal tersebut memiliki dinamika yang berbeda dan tampaknya dijelaskan secara berbeda di sistem otak.

Penelitian manusia dan hewan tentang efek isolasi sosial di otak menunjukkan keterlibatan secara fungsional mekanisme otak yang berbeda, termasuk mekanisme saraf yang terlibat dalam pengawasan ancaman sosial dan keengganan (misalnya *amigdala, anterior insula, anterior cingulate*), penghargaan sosial (misalnya *ventral striatum*), dan perhatian pada pertahanan diri dalam konteks sosial (misalnya *orbitofrontal korteks, prafrontal medial korteks, sulkus temporal superior*, dan sambungan *parietal temporal*) (Cacioppo dkk., 2015). Hal tersebut menunjukkan pentingnya menelaah di level individu atas efek dari perbedaan tersebut. Dalam hal ini *brain styles* memberikan sumbangan kajian secara neurobiologis dalam memahami perbedaan karakteristik sistem saraf dan

akibatnya terhadap pembentukan respon tertentu di level individu.

Gaya Otak dan Berpikir Ruminasi (*Rumination Brain Style*)

Williams (2017) (dalam Hagerty & Williams, 2020) mendefinisikan ruminasi sebagai konstruk klinis yang biasanya diasosiasikan dengan depresi yang mana ia adalah sebuah gaya merespon terhadap *distress* (*negative stress*) dengan fokus memikirkan pengalaman negatif itu sendiri secara berulang (*repetitive*) dan pasif. Dalam tipe *brain style* ini ditemukan bahwa pola merespon dilandasi oleh konektivitas yang diubah dari jaringan mode hasil penyetelan (*default*) otak. Konektivitas berlebihan diasosiasikan dengan pola ruminasi di mana individu akan memiliki kekhawatiran dan perhatian berlebihan tentang apa yang akan terjadi atau tentang masa depan. Sedangkan konektivitas yang terlalu rendah diasosiasikan dengan respon overgeneralisasi yang berlebihan atas diri sehingga seseorang memiliki kontrol diri yang rendah. Pada akhirnya, ruminasi akan memberi efek merugikan dalam konteks bagaimana individu merasakan dan melihat dirinya sendiri serta bagaimana individu memiliki koneksi terhadap individu lain.

Nolen-Hoeksema & Davis (1999) (dalam Hagerty & Williams, 2020) menjabarkan sebuah kondisi di mana individu dengan pola pikir ruminasi (pola reaksi terhadap sekitarnya yang selalu repetitif, pasif, dan fokus berlebih pada pengalaman negatif) akan dirasakan dan dipandang oleh individu-individu lain sebagai seseorang yang memiliki kualitas diri yang rendah meliputi sisi ketergantungan (*dependency*), *neediness*, kekhawatiran tinggi, fokus ke peristiwa/sisi negatif, dan agresif. Akibatnya individu dengan pola pikir ruminasi akan cenderung mendapatkan dukungan sosial dan koneksi sosial yang rendah, lebih rentan mengalami friksi/gesekan sosial, dan disalah pahami oleh individu lain, terutama pada periode ketika mereka justru membutuhkan dukungan sosial.

Dalam studi lain, ruminasi dideskripsikan sebagai pola pikir repetitif, berulang, dan tidak dapat dikontrol yang pada akhirnya menstimulus terjadinya gangguan kognitif (*cognitive impairement)*, khususnya pada fungsi diseksekutif individu dengan kerentanan terhadap perubahan *mood* dan depresi (Brinker,

Campisi, Gibbs & Izzard, 2013).

Individu dengan pola ruminasi juga memiliki bias pada kontrol kognitif mereka, yang mana itu sangat mempengaruhi regulasi emosi sehari-hari. Ketika kontrol kognitifnya tidak berfungsi secara baik maka individu tersebut akan cenderung mengembangkan pola respon yang maladaptif terhadap sebuah *stressor* sehingga terbentuk mekanisme koping yang destruktif (Mor & Daches, 2015).

Dalam konteks pandemi Covid-19, individu dengan *rumination brain style* dapat mengalami konsekuensi yang kompleks dengan pola ruminasi melebihi kesehariannya ketika tidak terjadi pandemi. Secara khusus, mereka kemungkinan besar akan memiliki tingkat kecemasan tinggi terhadap kesehatannya. Mereka akan merasa sangat terancam dan lemah akibat dari situasi pandemi dan kemungkinan tertular virus Covid-19 (Hagerty & Williams, 2020). Meskipun kewaspadaan yang tinggi memang diperlukan dalam masa pandemi ini, namun kekhawatiran yang berlebihan hingga membentuk kecemasan akut yang kontinu tentu akan berbahaya bagi kesejahteran jiwa individu. Dalam hal ini, mereka yang memiliki karakteristik pola pikir ruminasi secara bersamaan akan membutuhkan dukungan sosial yang lebih, namun juga menstimulus kesalahfahaman (friksi sosial) dengan individu lain. Mereka juga memungkinkan mendapatkan persepsi negatif dari individu lain akibat dari pola ruminasi mereka dalam merespon situasi. Dalam titik ini, akibat yang paling mungkin muncul pada akhirnya adalah individu merasakan diskoneksi sosial yang akut. Mereka merasa cemas, *stress*, khawatir secara maladaptif, kesepian, serta tidak mendapat support dari lingkungan.

Gaya Otak dan Berpikir Anhedonia (*Anhedonia Brain Style*)

Pola kognitif anhedonia ditandai dengan karakteristik perilaku di mana individu tidak bisa merasakan kesenangan (*pleasure*) saat beraktivitas dan/atau mendapatkan sebuah stimulus. Secara neurobiologis, hal ini disebabkan oleh variabilitas substrat neurobiologis termasuk sistem *reward* di dalam jaringan otak (Hagerty & Williams, 2020). *Anhedonia* juga dideskripsikan sebagai gejala

depresi dengan dinamika lebih kompleks di mana ia tidak sekedar kehilangan ketertarikan dan tidak dapat merasakan kesenangan semata, namun lebih dari itu, *anhedonia* mengarah pada seperangkat gejala-gelaja negatif yang diasosiasikan dengan skizofrenia, serta mirip dengan karakter *apathy* dalam konteks penyakit Parkinson (Watson, Harvey, McCabe, & Reynolds, 2019).

Anhedonia lebih lanjut dijelaskan sebagai fenomena multidimensional yang meliputi domain fisik, emosi, dan sosial. Dalam konteks sosial, muncul apa yang dinamakan *anhedonia* sosial, yaitu kondisi berkurangnya pengaruh positif dari kegiatan interaksi sosial yang mana telah dideskripsikan sebagai salah satu gejala utama *schizotypy*. Bukti terbaru menunjukkan adanya defisit kontrol eksekutif terhadap informasi emosional yang relevan secara sosial, gangguan keterampilan sosial, dan berkurangnya respons emosional pada individu yang anhedonis secara sosial. Bahkan, anhedonia adalah gejala kedua dari dua gejala utama yang diperlukan untuk mendiagnosis episode depresi mayor (Velasco & Garcia-Blanco, 2016).

Dalam kondisi normal, aktivitas interaksi sosial mengaktifkan sistem *reward* di sirkuit otak, dan memotivasi pengambilan keputusan yang berorientasi pada pendekatan menuju hubungan sosial lebih lanjut (Ruff & Fehr (2014) dalam Hagerty & Williams, 2020). Namun, individu dengan anhedonia menunjukkan pola imbalan (*reward*) yang diredam dalam tanggapannya terhadap hubungan dan interaksi sosial (Dodell-Feder & Germine (2018) dalam Hagerty & Williams, 2020). Lebih spesifik, Williams (2017) (dalam Hagerty & Williams, 2020) menjelaskan bahwa ada beberapa bukti individu dengan gaya otak anhedonik menunjukkan pola saraf di mana imbalan (*reward*) berkurang ketika menanggapi hubungan sosial. Hal tersebut membuat individu yang memenuhi karakteristik gaya otak *anhedonik* menunjukkan *hipoaktivasi* jaringan *reward* dalam merespon rangsangan yang memberi imbalan (*reward*) secara sosial.

Penjelasan pada level biopsikologis lanjutan menerangkan bahwa, *anhedonia* terutama dikaitkan dengan disfungsi dari sistem otak *dopaminergik* dan sirkuit saraf untuk *reward.* Secara khusus, *anhedonia* pada individu dengan depresi telah dikaitkan dengan respon neuron abnormal terhadap rangsangan positif di daerah v*entral striatal, anterior cingular cortex, ventromedial prefrontal*

cortex dan *orbito-frontal medial cortex* (Velasco & Garcia-Blanco, 2016).

Lebih dalam pada domain anhedonia sosial, konteks interaksi sosial dan hubungan sosial, individu dengan tipe kognitif *anhedonia* memiliki fungsi rendah dalam keterlibatan hubungan sosial, serta memiliki gangguan fungsi dalam berinteraksi sosial sehingga dirinya akan mendapatkan dukungan sosial yang rendah (Blanchard dkk., 2011). Kemudian jika berbicara pada realita pandemi Covid-19 saat ini, pembatasan interaksi langsung akan menjadi situasi yang sempurna untuk semakin berkembangnya sisi *anhedonia* sosial pada individu dengan *brain style anhedonia*. Hal ini karena individu tersebut akan memiliki tingkat motivasi yang semakin rendah untuk berhubungan dana berinteraksi dengan individu lain (Hagerty & Williams, 2020).

Tatanan sosial baru di masa pandemi menyebabkan paparan pada sumber-sumber stimulus berkurang termasuk sumber koneksi dan hubungan dengan individu lain. Pada titik ini pengurangan paparan tersebut akan memicu berkurangnya (*deficit*) *reward anticipatory* yang berujung pada semakin menurunnya motivasi untuk terlibat dalam interaksi sosial (Dodell-Feder & Germine (2018); Ruff & Fehr (2014) dalam Hagerty & Williams, 2020). Akibat terburuk ialah individu akan mengalami penarikan sosial (*social withdrawal*) ekstrim sehingga pemenuhan kebutuhan pokok akan koneksi dan hubungan sosial semakin tidak terpenuhi. Ini tentu akan memicu level *stress* dan konsekuensi menurunnya kesehatan jiwa yang lebih buruk lagi (Hagerty & Williams, 2020).

Beberapa penelitian telah mengkaji pula bagaimana individu dengan anhedonia sosial kemungkinan akan mengembangkan mekanisme koping stres yang maladaptif yang kemudian berdampak menjadi salah satu prediktor autisme, meningkatkan keparahan gangguan makan (*eating disorders*), serta gangguan paranoia, *skizoid* dan *skizofreniachizophrenia* (Velasco & Garcia-Blanco, 2016).

Gaya Otak dan Berpikir Disregulasi Ancaman (*Threat Dysregulation Brain Style*)

Pola kognitif berdasarkan disregulasi ancaman merupakan kondisi yang dialamai sebagian individu di mana mereka memiliki bias dalam menginterpretasikan segala sesuatu yang mereka anggap sebagai ancaman

terhadap keselamatan dan kesejahteraan diri mereka. Secara umum, stimulus normal tanpa ancaman yang berarti akan diinterpretasikan sebagai ancaman besar yang membentuk reaksi dan respon terhadapnya. Kelompok individu di konteks ini memiliki kondisi khusus di mana *amygdala* di sistem otak mengalami hiperaktivasi; sekaligus *medial prefontal cortex* dan *anterior cingulate cortex* juga mengalami hipoaktivasi, ketika menghadapi stimulus yang dirasakan sebagai ancaman (Williams (2017) dalam Hagerty & Williams, 2020).

Abramowitz dan Blakey (2020) (dalam Hagerty & Williams, 2020) mendeskripsikan bahwa mekanisme pola kognitif dengan disregulasi ancaman ini menjadi sifat *transdiagnostik* yang banyak dijumpai pada individu-individu yang mengidap kecemasan akut. Studi lain oleh Bardeen, Orcutt dan Daniel (2017) juga mengkaji bahwa individu dengan disregulasi emosi akan memiliki kesulitan mengontrol perhatian ketika menjumpai stimulus atau keadaan lingkungan yang dirasakan atau dipersepsikan mengancam dan berbahaya. Respon yang muncul pada akhirnya adalah perpindahan antara kewaspadaan dan penghindaran.

Mekanisme disregulasi emosi dan ancaman juga telah cukup banyak dikaji secara mendalam dalam level individu. Disregulasi afeksi yang di dalamnya terdapat aspek emosi dan ancaman didefinisikan sebagai gangguan kemampuan untuk mengatur dan/atau mentolerir keadaan emosi negatif dan ancaman. Hal tersebut telah dikaitkan dengan trauma interpersonal dan stres pasca trauma. Kesulitan meregulasi ancaman dan emosi negatif juga berperan dalam banyak kondisi kesehatan jiwa, termasuk gangguan kecemasan dan gangguan *mood*, khususnya depresi besar pada masa muda dan gangguan bipolar sepanjang rentang hidup (Thayer & Lane, 2000).

Emosi mewakili hasil penyulingan persepsi individu yang relevan secara pribadi dan interaksinya dengan lingkungan, termasuk tidak hanya tantangan dan ancaman, tetapi juga kemampuan mereka untuk menanggapi atau mengatasinya (Frijda (1988) dalam Thayer & Lane, 2000). Dapat dikatakan bahwa emosi berperan sebagai indeks integratif penyesuaian individu terhadap lingkungan dan stimulus yang dinamis dan terus berubah. Jika disregulasi terjadi maka penyesuaian individu terhadap lingkungan akan mengarah ke strategi koping yang maladaptif.

Pada konteks pandemi Covid-19 dengan tatanan baru terkait interaksi sosial, individu dengan pola kognitif disregulasi ancaman cenderung akan melakukan penarikan diri secara sosial (*social withdrawal*) berkali lipat dan lebih kaku (*rigid*) menolak berinteraksi dengan orang lain. Hal tersebut akan cenderung membuat individu mendapat reaksi negatif dan penolakan dari individu lain yang pada akhirnya akan kembali menstimulus individu dengan regulasi ancaman untuk mengembangkan mekanisme koping yang kontraproduktif, semisal bersikap lebih negatif terhadap individu lain. Diskoneksi sosial pada akhirnya akan sangat mungkin dialami individu dengan tipe *brain style* ini (Cacciopo dkk. (2014) dalam Hagerty & Williams, 2020).

Hal serupa terkait hubungan antara disregulasi ancaman dengan penarikan sosial juga dipertegas melalui studi yang dilakukan oleh Morales, Perez-Edgar, dan Buss (2015) yang menyebutkan bahwa individu dengan karakteristik disregulasi ancaman dan ketakutan pada akhirnya akan merespon stimulus dengan bias perhatian yang akan mengarahkan dirinya untuk melakukan penarikan sosial dan penolakan berinteraksi dengan banyak orang.

Pentingnya Penelitian Multidisipliner dengan *Brain-Behavior Based Approach*

Aspek psikologis seperti pikiran (*cognition*) dan perasaan adalah sesuatu yang nyata. Keadaan struktur otak dan sistem kerjanya juga merupakan sesuatu yang nyata. Permasalahannya adalah keduanya merupakan entitas yang nyata namun tidak bisa dipandang dengan cara yang sama. Tantangan riset-riset ke depan dalam biopsikologi dan *cognitive neuroscience* ialah mencari titik tengah untuk mengurai masalah korespondensi pikiran dan otak (*mind and brain*) (Barrett, 2009).

Dalam konteks pandemi dan peristiwa peristiwa psikososial lainnya, perlu digalakkan kajian-kajian multidisipliner yang dapat memberikan penelaahan dari dua perspektif, yaitu *top down* dan *bottom up*. Selama ini kajian *top down* telah cukup banyak dilakukan di Indonesia, namun riset-riset eksperimen dengan pendekatan *bottom up* masih perlu diperbanyak lagi, terutama untuk mengeksplorasi hubungan antara sistem otak, gen, dan disposisi individu

terhadap faktor lingkungan dan kultur. Pemahaman yang belum komplit perlu disempurnakan dalam konteks perspektif melihat proses biologis otak sebagai dasar dari munculnya perilaku dan respon tertentu akibat dari sebuah stimulus di lingkungan atau peristiwa tertentu.

Kemajuan dalam penelitian sistem dan struktur otak (*nervous system*) juga perlu diakui telah mempertajam perdebatan yang sedang berlangsung tentang hubungan antara psikologi dan ilmu saraf (*neuroscience*). Ilmu kognitif secara historis telah mengabaikan ilmu saraf, meskipun sub bidang ilmu saraf kognitif (*cognitive neuroscience*) telah mencoba menggabungkan pendekatan pemrosesan informasi dengan kesadaran akan fungsi otak. Meskipun *cognitive neuroscience* tidak selalu mendukung pendekatan reduksionis, sebagian kelompok tertentu telah memprediksi bahwa konstruksi psikologis pada akhirnya akan tergantikan dengan deskripsi proses neurobiologis. Dalam konteks ini, sebuah rekonseptualisasi hubungan antara psikologi dan *neuroscience* melalui metateori relasional diharapkan dapat mengembalikan studi makna ke studi pikiran dan dapat menggantikan pendekatan yang menempatkan neurobiologi sebagai tingkat implementasi (Marshall, 2009).

Dalam memahami kaitannya dengan perilaku, pola kognisi dan sistem kerja otak, Neumann (2010) menyimpulkan bahwa perbedaan antara pikiran dan otak bukanlah perbedaan kualitas, tetapi perbedaan pengaturan. Berdasarkan bukti filogenetik, genetik/perkembangan, klinis, eksperimental, *brain recording* dan *neuroimaging*, ada alasan kuat untuk menganggap bahwa kerja "pikiran" bergantung pada proses biologis sistem saraf kita. Apresiasi terhadap basis biologis atas perilaku dan dinamikanya pada akhirnya akan mempermudah dan mempercepat tercapainya kajian-kajian berkelanjutan yang membawa spirit multidisipliner untuk membedah kompleksitas perilaku manusia dan fenomena psikososial.

Profil Kognitif dan *Brain Styles* Individu untuk Landasan Mitigasi Kolektif

Manusia adalah makhluk sosial. Jaringan sosial manusia (keluarga, suku, komunitas, organisasi, pertemanan, sosial media, dan sebagainya)

memungkinkan manusia untuk bertahan hidup dan berkembang. Kelangsungan hidup manusia dilayani oleh perkembangan evolusi perilaku dan mekanisme fisiologis (saraf, hormonal, seluler, genetik) yang mendukung interaksi sosial. Namun, seperti semua sifat manusia, ada variasi dalam perilaku dan kebutuhan sosial antar individu. Faktanya adalah kebanyakan dari individu secara psikologis dan biologis "terprogram" untuk membutuhkan jaringan dan interaksi sosial. Menjadi masuk akal bahwa isolasi sosial dapat menimbulkan *stress* pada pikiran dan tubuh manusia yang berdampak signifikan pada kesehatan jiwa dan fisik (Singer, 2018).

Kondisi kesehatan jiwa pada masa pandemi Covid-19 dipengaruhi oleh interaksi antara profil kognitif dan *brain style* terhadap ancaman universal atas koneksi dan hubungan sosial manusia yang disebabkan oleh tatanan baru selama pandemi (Hagerty & Williams, 2020). Peneliti, praktisi, dan pemangku kebijakan perlu untuk memahami pola perbedaan yang terjadi di level individu di mana terdapat paling tidak sedikitnya tiga macam *brain style* dan bagaimana perbedaan tersebut dalam melandasi persepsi dan respon terhadap stimulus serta *stressor*. Pemahaman tersebut dibutuhkan agar mereka dapat mengidentifikasi konsekuensi-konsekuensi kesehatan jiwa akibat pandemi serta memformulasikan landasan untuk langkah mitigasi yang tepat.

Sebagaimana telah dijabarkan pada riset-riset terdahulu, salah satunya studi oleh Lai dkk. (2012) mengenai perbedaan individu pada model/gaya kognitif individu, individu mungkin tipikal atau atipikal terkait dengan jenis kelamin mereka. Hal tersebut mengindikasikan ada baiknya riset-riset konvensional tentang studi perbedaan jenis kelamin beralih menuju ke arah riset berbasis *neuroimaging* dan neurokognitif tentang perbedaan dalam gaya kognitif. Hasil dari neuroanatomi menunjukkan bahwa dalam gaya kognitif yang berbeda terdapat dua dimensi yang mungkin berperan yaitu dimensi kognitif *sistemizing* dan dimensi kognitif *emphatizing*.

Penelaahan pola kognitif dan *brain style* juga dapat membantu memetakan dampak pandemi Covid-19 pada kesehatan jiwa per individu pada khususunya dan kelompok-kelompok dalam masyarakat pada umumnya. Satu individu dengan individu lain berdasarkan karakteristik *brain styles* memiliki

perbedaan dalam merasakan stimuli, mempersepsikan keadaaan saat ini, serta dalam merespon dinamika yang mungkin terlihat sama. Memulai langkah melalui pemahaman pada tataran individu (*bottom up*) akan membantu untuk merencanakan pendekatan pendekatan-pendekatan yang tepat dan lebih komprehensif serta maksimal di tataran kolektif/sosial. Pada akhirnya keberlanjutan hasil dari kajian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan bagi pihak-pihak terkait dalam merekomendasikan pembuatan ringkasan kebijakan (*policy brief*) yang komprehensif dan tepat sasaran dalam inisiasi mitigasi kesehatan jiwa selama pandemi dan pascapandemi, serta usaha preventif di masa yang akan datang.

Daftar Acuan

Bardeen, J., Orcutt, H.K., Daniel, T.A. (2017). Emotion Dysregulation and Threat-Related Attention Bias Variability. *Motivation and Emotion*. DOI: 10.1007/s11031-017-9604-z

Barrett, L.F. (2009). The Future of Psychology: Connecting Mind to Brain. *Perspective Psychol Sci*. *4*(4), 326–339. doi:10.1111/j.1745-6924.2009.01134.x.

Blanchard, J.J., Collins, L.M., Aghevli, M., Leung, W.W., & Cohen, A.S. (2011). Social Anhedonia and Schizotypy in a Community Sample: The Maryland Longitudinal Study of Schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(3), 587–602. DOI:10.1093/schbul/sbp107

Brinker, J.K., Campisi, M., Gibbs, L., & Izzard, R. (2013). Rumination, Mood , and Cognitive Performance. *Psychology,* 4(03). http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.4 3A0 34

Cacioppo, J.T., Cacioppo, S., Capitanio, J.P., & Cole, S.W. (2015). The Neuroendocrinology of Social Isolation. *Annu. Rev. Psychol, 66*, 9.1–9.35. DOI: 10.1146/annurev-psych-010814-015240

Cornwell, E.Y., & Waite, L.J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31-48. DOI: 10.1177/002214650905000103

Hagger, M.S. (2009). Personality, Individual Differences, Stress and Health. *Stress & Health*, *25*, 381-386. DOI: 10.1002/smi

Hagerty, S.L., & Williams, L.M. (2020). The impact of COVID-19 on mental health: The interactive roles of brain biotypes and human connection. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*. https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100078

Haider, I., Tiwana, F., & Tahir, S.M. (2020). Impact of The Covid-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pak J Med Sci*, *36*. doi: https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756

Hancock, P.A., & Szalma, J.L. (2008). *Performance Under Stress, Chapter Individual Differences in Stress Reaction*. Hampshire, UK: Ashgate.

Hari, R., & Kujala, M.V. (2009). Brain Basis of Human Social Interaction: From Concepts to Brain Imaging. *Physiol Rev,* 89, 453–479. DOI:10.1152/physrev.00041.2007

Holt-Lunstand, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 227– 237. DOI: 10.1177/1745691614568352

Jeronimus, B.F. (2020). *Personality and the Coronavirus Covid-19 Pandemic.* University of Groningen Press. https://www.doi.org/10.21827/5ed9ebc01d65f

Lai, M. C., Lombardo, M.V., Chakrabarti, B., Ecker, C., Sadek, S.A., Wheelwright, S.J., Murphy, D.G.M., Suckling, J., Bullmore, E.T., Consortium, MRC AIMS., Baron-Cohen, S. (2012). Individual differences in brain structure underpin empathizing–systemizing cognitive styles in male adults. *NeuroImage 61*, 1347–1354. DOI:10.1016/j.neuroimage.2012.03.018

Marshall, P.J. (2009). Relating Psychology and Neuroscience. Taking Up the Challenges. *Perspectives on Psychological Science*, 4(2).

Miller, M.B., Donovan, C.L., Bennett, C.M., Aminoff, E.M., & Mayer, R.E. (2012). Individual differences in cognitive style and strategy predict similarities in the patterns of brain activity between individuals. *NeuroImage*, *59*, 83-93. DOI:10.1016/j.neuroimage.2011.05.060

Mor, N., & Daches, S. (2015). Ruminative Thinking: Lesson Learned from Cognitive Training. *Clinical Psychological Science*, *3*(4), 574-592. DOI: 10.117 7/2167702615578130

Morales, S., Perez-Edgar, K.E., & Buss, K.A. (2015). Attention biases towards and away from threat mark the relation between early dysregulated fear and the later emergence of social withdrawal. *J Abnorm Child Psychol*. *43*(6): 1067–1078. DOI:10.1007/s10802-014-9963-9.

Neumann, D. L. (2010). Putting the brain in the mind: Promoting an appreciation of the biological basis to understanding human behavior. *College Student Journal*, *44*(3), 790-794.

Parkes, K.R., Hughes, E.L. (2017). *Individual Differences in Coping with*

Stress. The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Personality and Individual Differences. USA: Wiley

Santini, Z.I., Fiori, K.L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J.M., Koyanagi, A., dkk. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–70. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0

Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The Psychological Impact of Covid-19 Pandemic on the Mental Health in General Population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8). DOI: 10.1093/qjmed/hcaa201

Singer, C. (2018). Health Effects of Social Isolation and Loneliness. *Journal of Aging Life Care.* Retrieved from https://www.aginglifecarejournal.org/health-effects-of-social-isolation-and-loneliness/

Thayer, J.F., Lane, R.D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, *61,* 201–216.

Velasco, B.G., & Garcia-Blanco, A.C. (2016). Anhedonia: Psychological Predictors, Neural Mechanism and Clinical Treatment Options. *Advances in Psychology Research*, *107*, 37-51

Vrticka, P., & Vuilleumier, P. (2012). Neuroscience of Human Social Interactions and Adult Attachment Style. *Frontiers in Human Neuroscience*, *6,* DOI: 10.3389/fnhum .2012.00212

Watson, R., Harvey, K., McCabe, C., & Reynolds, S. (2019). Understanding anhedonia: a qualitative study exploring loss of interest and pleasure in adolescent depression. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*, 489–499. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01364-y

----

Sabiqotul Husna. *As a psychosocial event that has a shocking effect on all human beings in the world, the Covid-19 pandemic has caused the collapse of various public sectors including social, economic, education and of course the health sector. It is also inevitable that the Covid-19 pandemic is a collective experience that transforms and connects all individuals around the world into a collective continuum of stress, social disconnection, social isolation, personal threats, uncertainty, as well as economic recession. One source of threats that has counterproductive effects on the quality of individual mental health during the Covid-19 pandemic is the changing order of social interactions and social connections among individuals, which is likely to cause social disconnection. Stress levels and social isolation and other effects can vary between individuals. Each individual has different reaction even though received/faced same stimulus. One study that explained the phenomenon of different reactions from each individual to the same stimulus or social situation is the study of brain styles. At the level of fulfilling the basic needs of social connections, each individual has a high probability of differences stemming from the various profiles of the individual's brain, summarized in the explanation of three types of brain styles, namely rumination brain style, anhedonia brain style, and threat dysregulation brain style. This paper focused on the literature review of neurocognitive and biopsychological studies that have been conducted by previous researchers regarding biotype and brain styles and its relation to social disconnection. Further exploration on the individual cognitive style is considered important because it becomes the baseline to formulate more optimal mitigation strategy in the realm of mental health during this covid-19 pandemic.*

Bab 17. Dukungan Sosial, Religiusitas, dan *Subjective Well-being* pada Perawat selama Pandemi Covid-19

Devina Chintia Sanudin & Sheilla Varadhila Peristianto

Pandemi Covid-19

Kemunculan wabah virus corona atau Covid-19 menjadi perhatian dunia. Covid-19 telah dinyatakan sebagai pandemi oleh *World Health Organization* (WHO) atau Organisasi Kesehatan Dunia. Istilah pandemi sendiri berati wabah penyakit yang terjadi di seluruh dunia, atau di wilayah yang sangat luas, dengan melintasi batas internasioanl dan biasanya mempengaruhi banyak orang di dalamnya (WHO, 2020). Penyakit yang diakibatkan oleh Covid-19 berkaitan dengan penyakit pernapasan sehingga menyebabkan pneumonia berat dan sindrom gangguan pernapasan akut atau *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)* dan *Middle East Respiratory Syndrome (MERS*) (Munster, Koopmans, Doremalen, Riel, & Wit, 2020).

Menghadapi wabah sebagai pandemi pemerintah semua negara di dunia perlu lebih meningkatkan kesiapsiagaan dalam mencegah maupun menangani wabah tersebut (Sebayang, 2020). Ketika sebuah wabah dinyatakan sebagai pandemi berarti ada kemungkinan terjadi penyebaran kasus komunitas. Data WHO (2020) menunjukkan bahwa pada 31 Juli 2020 sebanyak 17,106,007 orang positif kasus Covid-19 dan 668,910 di antaranya meninggal. Di dalam negeri, Badan Nasional Penanggulangan Bencana (2020) menyatakan bahwa pada 4 Agustus 2020 ada sebanyak 115.056 kasus Covid-19, 5.388 di antaranya meninggal, dan 72.050 sembuh.

Perawat pada Masa Pandemi Covid-19

Semua pihak perlu siap siaga terutama tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam penanganan pasien Covid-19. Tenaga kesehatan memiliki peran

penting meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UU, 2014).

Salah satu kategori tenaga kesehatan yang berperan penting dalam menangani pandemi Covid-19 adalah perawat karena merekalah yang melakukan *screening* tingkat awal untuk melihat gejala-gejala yang dimunculkan pasien. Perawat merupakan tenaga profesional yang memiliki kemampuan, tanggung jawab, dan kewenangan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan (Kusnanto, 2003). Menurut Depkes (1994), perawat adalah tenaga kesehatan yang berperan dominan karena merupakan satu-satunya profesi dalam rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien dua puluh empat jam sehari terus-menerus. Tugas perawat adalah menghadapi situasi antara hidup dan mati seraya mempertaruhkan nyawanya sendiri melalui *shift* kerja yang panjang dengan *volume* dan tingkat keparahan pasien terus meningkat (Senni, 2020).

CNN Indonesia (2020) menyebut perawat sebagai pahlawan karena berada di garis depan dalam menangani pasien terpapar Covid-19. Namun, tidak sedikit perawat yang menerima stigma negatif sebagai 'pembawa' virus di lingkungan tempat tinggal masing-masing sehingga ditolak keberadaannya (Wiryawan, 2020). Permasalahan lain meliputi semakin meningkatnya jumlah kasus terkonfirmasi maupun yang masih dalam pengawasan, menipisnya peralatan perlindungan diri, menyebar luasnya berbagai isu negatif, kurangnya obat-obat tertentu, menurunnya kepuasan hidup akibat berbagai perasaan yang dirasakan, serta masalah-masalah terkait motivasi, spiritual dan mental memunculkan beban yang berlebihan pada para perawat. Akibatnya, muncul kekhawatiran terkait kesehatan mental, penyesuian psikologis, dan dampak langsung terhadap perawat karena merawat pasien Covid-19 (Lai, dkk., 2020).

Beban dan lingkungan kerja dapat mempengaruhi tingkat stress pada

perawat yang dapat memicu munculnya perasaan tidak menyenangkan. Perasaan tidak menyenangkan yang sering muncul dapat mempengaruhi penilaian perawat terhadap kepuasan hidupnya. Hal ini tentunya berdampak negatif pada tenaga kesehatan karena menurunkan motivasi dan menimbulkan masalah psikologis lainnya, termasuk penurunan imunitas perawat itu sendiri (Rumaningsih, 2011). Hal lain yang wajib dimiliki oleh perawat adalah emosi positif sebab emosi positif berhubungan dengan kesehatan yang baik dan umur panjang, memiliki tingkat kepuasan hidup yang tinggi (Diener, 2011), serta hubungan sosial dan kesehatan mental yang berkembang (Kok, Coffey, Cohn, Catalino, Vacharkulksemsuk, & Algoe, 2013). Seseorang yang memiliki emosi positif akan mengubah pola pikir dengan semakin memperluas lingkup pertemanan dan kemampuan memikirkan sesuatu dengan cara yang berbeda. Untuk mencapai tingkat kesehatan yang berkualitas perawat perlu fokus pada emosi positif (Fredrikson, 2013). Dalam menjalankan tugasnya perawat harus diliputi emosi-emosi positif antara lain ditandai dengan rasa bahagia akan pekerjaannya yang diungkapkan melalui ekspresi wajah, gerakan tubuh, perilaku dan ungkapan verbal (Munandar, 2008). Kebahagiaan sebagai wujud emosi-emosi positif wajib dimiliki oleh seorang perawat terutama saat menangani pasien Covid-19.

Menurut Schimmel (2009) kebahagiaan merupakan penilaian individu terhadap keseluruhan kualitas hidupnya. Schimmel juga menyebut kebahagiaan sebagai kesejahteraan subjektif atau *subjective well-being*. Menurut Seligman (2005), kata kebahagiaan merupakan istilah umum untuk menggambarkan tujuan dari keseluruhan upaya psikologi positif. Menurut Diener (2009), *subjective well-being* adalah proses penilaian individu terhadap hidupnya, meliputi evaluasi sisi afektif yang meliputi emosi, suasana hati dan perasaan individu serta evaluasi sisi kognitif yang merefleksikan pengalaman hidup individu. Menurut Diener (2009) *subjective well-being* memiliki tiga aspek pembangun, yaitu afek positif, afek negatif dan kepuasan hidup. Afek positif dan negatif merupakan aspek afektif sedangkan kepuasan hidup merupakan aspek yang merepresentasikan aspek kognitif individu. Menurut Diener (2009), aspek kognitif merupakan hasil evaluasi tiap individu yang merasakan kondisi kehidupannya berjalan dengan baik. Kepuasan hidup merupakan aspek kognitif karena berasal dari kepercayaan

evaluatif atau sikap yang dimiliki individu dalam kehidupannya. Aspek afektif berupa evaluasi afektif individu terhadap kehidupannya, meliputi keseimbangan antara afek positif dan afek negatif yang dapat diketahui dari frekuensi individu merasakan afek positif dan afek negatif yang dialami dalam kehidupan sehari-hari (Eid & Larsen, 2008).

Selanjutnya Diener (1984) menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi *subjective well-being,* yaitu: (a) faktor demografis, digunakan dalam membedakan antara individu yang memiliki *subjective well-being* tingkat sedang (merasa biasa-biasa saja) dengan individu yang memiliki tingkat *subjective well-being* tinggi (merasa sangat bahagia); faktor demografis ini terbagi kedalam tujuh aspek meliputi pendapatan, pernikahan, dan keluarga, umur, gender, ras, *employment*, dan pendidikan, (b) faktor genetik, (c) kepribadian, (d) dukungan sosial, (e) pengaruh budaya, dan (f) proses kognitif. Lopez (dalam Morgan, Vera, Gonzales, Conner, Vacek, Coyle, 2011) menegaskan bahwa dukungan sosial merupakan prediktor terkuat dari kepuasan hidup, sedangkan kepuasan hidup merupakan aspek dari *subjective well-being.*

Dukungan Sosial Perawat

Menurut Atwater dan Duffy (2005), seseorang akan melakukan sesuatu untuk mendapatkan kenyamanan. Ketika individu merasa berada di dalam situasi yang rumit atau mendesak, kenyamanan yang dibutuhkan berupa dukungan sosial dari lingkungannya. Perawat yang merasakan tekanan dari berbagai pihak akan mudah bersikap sinis maupun meragukan kemampuannya dalam bekerja dengan akibat produktivitasnya menjadi menurun. Menurut Norris dan Kaniasty (1996), dukungan yang dirasakan secara lebih konsisten kn mampu meningkatkan kesehatan psikis dan melindungi psikis dalam kondisi stress.

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat selama masa Covid-19 di Yogyakarta memiliki dukungan sosial dan *subjective well-being* yang cukup tinggi. Adanya dukungan sosial yang dirasakan akan berfungsi mengurangi efek-efek negatif bahkan menghilangkan gangguan dan mengembalikan individu ke dalam keadaaan kesehatan mental yang baik.

Adanya dukungan sosial yang terus-menerus dari lingkungan terdekat, dalam hal ini keluarga inti, keluarga besar, rekan kerja dan atasan, akan membuat individu merasa dihargai dan diperhatikan sehingga konflik yang timbul akan dihadapi dengan tenang (Cohen & Syme,1985).

Dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan ataupun bantuan yang diterima individu dari orang lain maupun kelompok sekitar. Individu yang menerima dukungan sosial cenderung memiliki mental yang lebih sehat (Sarafino, 2007). Menurut Sarafino (1998), ada lima macam dukungan sosial, yaitu: (a) dukungan nyata atau instrumental, (b) dukungan informasional, (c) dukungan penghargaan, (d) dukungan emosi, dan (e) dukungan jaringan sosial.

Dukungan sosial tidak sebatas wujud fisik kehadiran orang lain yang dibutuhkan namun juga mencakup ketepatan dalam memberikan dukungan sosial. Bentuk dukungan sosial tidak sekadar memberi bantuan pada individu yang membutuhkan melainkan juga melibatkan pemaknaan individu terhadap dukungan yang diterima karena ketepatan dalam memberikan dukungan sangat perlu diperhatikan agar individu yang menerima dukungan merasakan manfaat bantuan tersebut bagi dirinya (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983).

Religiusitas Perawat

Masyarakat saat ini sedang menghadapi masa depan yang tidak pasti, dengan sedikit kendali atas apa yang terjadi terutama sejak masuknya penyakit Covid-19 ke Indonesia. Bagi banyak orang sekarang sumber kepastian yang menjadi pegangan saat menghadapi berbagai situasi dan kondisi yang tidak baik adalah keyakinan agama mereka. Religiusitas atau iman mampu membuat perbedaan dalam keberhasilan orang melalui waktu sulit seperti saat ini. Keyakinan agama mampu membantu masyarakat menghadapi tantangan yang ditimbulkan oleh pandemic Covid-19 (Curtis & Harold, 2020).

Religiusitas merupakan keyakinan dan perilaku keagamaan hasil pendidikan yang diterima seseorang sejak masa kana-kanak berupa berbagai pendapat dari lingkungan sekitar dan berbagai tradisi yang diterima dari masa

lampau (Thouless, 2000). Myers (2008) mengungkapkan bahwa orang-orang yang aktif secara religius merasakan kebahagiaan dan kepuasan hidup yang lebih besar dibandingkan orang-orang yang tidak religius. Kedekatan dengan Tuhan merupakan salah satu prediktor kepuasan hidup pada semua rentang umur (Peacock & Paloma,1999).

Menurut Glock dan Stark (sebagaimana dikutip dalam Ancok & Fuad, 2005) religiusitas adalah sistem pengetahuan, keyakinan, nilai dan perilaku yang berpusat pada persoalan yang dihayati dalam suatu pemaknaan dan yang memiliki lima dimensi, yaitu: (1) dimensi keyakinan, (2) dimensi praktik agama, (3) dimensi pengalaman, (4) dimensi pengetahuan agama, serta (5) dimensi pengamalan dan konsekuensi.

Religiusitas dapat memberikan jalan keluar kepada individu untuk mendapatkan rasa aman, berani, dan tidak cemas dalam menghadapi berbagai permasalahan kehidupannya (Drajat, 1997). Keyakinan religius akan mempengaruhi cara individu mempersepsikan sesuatu baik yang positif maupun negatif berdasarkan iman yang dipercayainya. Individu yang religius akan mampu mempersepsikan sesuatu dengan sikap pasrah atau menerima dan pada tahap berikutnya akan mamppu menciptakan perasaan bersyukur dan berterimakasih (Pasiak, 2012).

Dalam pekerjaannya perawat juga harus mampu memberikan pandangan positif terhadap pasiennya. Perawat dengan tingkat religius tinggi akan berusaha memberikan pandangan positif kepada pasien, sehingga pasien dapat memperoleh pikiran yang wajar tentang keadaannya dan memiliki kepercayaan serta harapan terhadap diri mereka sendiri. Religiusitas sebagai salah satu faktor mendasar dalam diri individu merupakan wujud kedekatan individu dengan Sang Pencipta. Hubungan kedekatan tersebut akan membuat seseorang merasa aman, tenang, bahagia yang merupakan perwujudan dari afek positif.

Menurut Raiya (2008), mengikuti iman agama berperan penting terhadap kemampuan seseorang mengatasi situasi atau keadaan sulit dalam hidupnya. Seseorang dengan religiusitas tinggi memiliki penghargaan yang tinggi bagi dirinya dan orang disekitarnya sehingga akan selalu berpandangan positif terhadap apapun yang terjadi pada dirinya dan orang lain. Maka, orang-orang

yang memiliki religiusitas tinggi tidak akan merendahkan dirinya dan berputus asa, karena perilaku-perilaku tersebut merupakan bentuk dari kecenderungan afek negatif.

Subjective Well-being Perawat

Manusia sebagai makhluk sosial yang memiliki hubungan interpersonal akan berkontribusi bagi kebahagiaan individu lainnya. Individu yang puas dengan dukungan sosial dan jaringan pertemanan yang dimiliki serta aktif dalam berhubungan sosial akan merasa bahagia karena dukungan sosial dan hubungan sosial dengan sekitar dapat meningkatkan *subjective well-being* (Weiten, 2008). Penyataan tersebut didukung oleh penelitian Gatari (2008) yang menunjukkan bahwa *subjective well-being* dapat membantu seseorang untuk sukses di berbagai area kehidupan. Maka, penurunan *subjective well-being* perlu dicegah antara lain dengan dukungan sosial. Dukungan sosial mempengaruhi kebiasaan dan perilaku sehat, membantu penyesuaian psikologis, mengurangi beban emosional serta membantu meningkatkan *subjective well-being* (Taylor, Peplau & Sears, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Fajarwati (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara dukungan sosial dengan *subjective well-being*. Semakin tinggi dukungan sosial yang didapatkan maka semakin tinggi *subjective well-being.* Sebaliknya, semakin rendah dukungan sosial yang didapatkan maka semakin rendah *subjective well-being*. Lingkungan sosial sekitar merupakan sumber dukungan sosial yang paling tinggi pengaruhnya terhadap *subjective well-being*. Untuk menjaga *subjective well-being* individu perlu menjaga jarak dengan peristiwa dan situasi negatif, mengontrol hubungan sosial, berpikir positif, memiliki orientasi positif terhadap waktu, berusaha menunjukkan kebahagiaan, memecahkan masalah, serta mencari perlindungan pada agama yang diyakini.

Penelitian Ellison (sebagimana dikutip dalam Taylor, 1995) menunjukkan bahwa agama mampu meningkatkan *subjective well-being* dalam diri individu. Individu yang memiliki kepercayaan terhadap agama yang kuat akan memiliki kepuasan hidup dan kebahagiaan personal yang lebih tinggi serta mengalami dampak negatif peristiwa traumatis yang lebih rendah dibandingkan

individu yang tidak memiliki kepercayaan terhadap agama yang kuat. Penelitian Fouiza dan Saima (2013) menunjukkan, religiusitas memiliki pengaruh positif terhadap kepuasan hidup yang merupakan prediktor *subjective well-being*. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa orang yang selalu terlibat dalam aktivitas religius dan rajin beribadah cenderung memiliki akhlak yang baik, sopan dalam bergaul, dan mampu mengendalikan stres dalam hidup sehingga tingkat *subjective well-being*nya tinggi (Eryilmasz, 2015).

Penyataan ini didukung oleh hasil penelitian Diener dan Louis (2012) yang menunjukkan bahwa religiusitas sangat berkaitan dengan *subjective well-being*. Menurut Ryff (sebagaimana dikutip dalam Mayasari, 2014), religiusitas memang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi *subjective well-being*. Religi (agama) berbeda dengan religiusitas. Agama merujuk pada aspek formal berkaitan dengan aturan dan kewajiban sedangkan religiusitas merujuk pada aspek religi yang telah dihayati oleh individu di dalam hati dan diamalkan dalam perbuatan (Mangunwijaya,1991).

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh perawat selama masa pendemi Covid-19 di Yogyakarta memiliki religiusitas yang cukup tinggi. Hasil penelitian Kortt, Dollery, dan Grant (2014) menunjukkan bahwa kehadiran dalam acara keagamaan akan berdampak pada semakin tingginya kepuasan hidup seseoang. Sebagaimana diketahui, kepuasan hidup merupakan komponen pada *subjective well-being* perawat selama pandemi Covid-19 di Yogyakarta.

Kesimpulan dan Saran

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh perawat selama masa pandemi Covid-19 di Yogyakarta memiliki dukungan sosial, religiusitas, dan *subjective well-being* yang tinggi. Berdasarkan hasil penelitian itu juga terungkap bahwa religiusitas merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi *subjective well-being* pada perawat selama masa pandemi Covid-19 di Yogyakarta. Dukungan sosial dan religiusitas bersama-sama memberikan kontribusi sebesar 63,1 % terhadap *subjective well-being* perawat selama masa pandemic Covid-19

di Yogyakarta, sedangkan 36,9 % sisanya dipengaruhi oleh variabel psikologis yang lain. Menurut Diener (1984) faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap *subjective well-being* meliputi faktor demografis, *genetic*, kepribadian, pengaruh budaya, dan kognitif.

Memperhatikan hasil penelitian yang menunjukkan hubungan antara dukungan sosial dan religiusitas dengan *subjective well-being* pada perawat selama masa pandemi Covid-19 di Yogyakarta, disarankan agar perawat mendapatkan dukungan sosial dari sekitarnya sehingga mereka dapat lebih bahagia dalam melaksanakan tugas di tengah masa pandemi Covid-19 yang mendatangkan banyak risiko ini. Dukungan sosial dapat berupa materi ataupun non materi. Dukungan sosial ini akan meningkatkan *subjective well-being* pada perawat sehingga mereka akan merasakan kebahagian dan kepuasan dalam bekerja. Dengan adanya religiusitas diharapkan perawat juga tidak lagi cemas dalam menghadapi segala permasalahan duniawi ketika pandemi Covid-19, sebaliknya mereka diharapkan tetap mampu memikul segala tugas dan tanggung jawab dengan penuh rasa tulus ikhlas karena segala sesuatu yang terjadi di dunia sudah diatur oleh Yang Maha Kuasa dan pasti diberikan jalan keluar yang terbaik.

Dukungan sosial dari lingkungan sekitar bagi perawat dapat berupa mengikuti forum-forum diskusi online yang menunjang info kepedulian terhadap Covid-19 atau mengisi waktu luang dengan mengikuti seminar-seminar online penunjang pekerjaan agar merasakan berbagai *vibes* positif. Peningkatan religiusitas dan kepercayaan kepada Yang Maha Kuasa dapat dilakukan dengan doa bersama keluarga atau membaca kitab suci. Di tengah situasi yang ditandai dengan pembatasan berskala besar termasuk pembatasan interaksi dengan orang lain, sebagai garda depan dalam penanganan Covid-19 perawat akan termotivasi dalam bekerja karena adanya dukungan sosial dan religiusitas. Dengan adanya semangat saling mendukung dan kepercayaan yang tinggi pada Yang Maha Kuasa akan tercipta hubungan kuat antara sesama manusia dalam masa pandemi Covid-19 ini.

Daftar Acuan

Ancok, D., & Suroso, F.N. (2004). *Psikologi Islami: Solusi islam atas problem-problem psikologi*. Penerbit Pustaka Pelajar.

Ancok, Djamaludin., & Nashori, F. (2005). *Psikologi Islam solusi Islam atas problem-problem psikologi*. Pustaka Pelajar.

Atwater, E., & Duffy, K.G. (2005). *The psychology of health, illness and medical care*. Pasific Grove.

Badan Nasional Penanggulangan Bencana. (2020). *Jumlah terpapar Covid-19 di Indonesia*. Diakses tanggal 2 Agustus 2020 dari: https://bnpb.go.id/covid-19/

CNN Indonesia. (2020, 8 April). *Tangani Covid-19, tenaga medis di Yogya dikucilkan warga.* Diakses 1 Agustus 2020 dari https://www.cnbcindonesia.com/news/20200408130143-4-150590/tangani-covid-19-tenaga-medis-di-yogya-dikucilkan-warga.

Cohen, S., & Syme, S.L. (1985). *Social support and health*. Academic Press.

Curtis, W.H., & Harold, G.K. (2020). Religion and health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*. Doi: 10.1007/s10943-020-01042-3.

Depkes RI. (1994). *Pedoman pencatatan kegiatan pelayanani rumah sakit di Indonesia*. Pengarang.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychology Bulletin*, *95*(3), 542-575.

Diener, E. (2009). *The science of well-being. The collected works of Ed Diener*. Springer.

Drajat. (1997). *Ilmu jiwa agama.* Bulan Bintang.

Eid, M., & Larsen R.J. (2008). *The science of subjective well-being*. The Guilford Press.

Eryilmasz, A., (2015) Investigation of the relations between religious activities and subjective well-being of high school students. *Educational Sciences: Theory & Practice, 15*(2), 433-444. DOI 10.12738/estp.2015.2.2327.

Fajarwati, D.I. (2014). *Hubungan dukungan sosial dan subjective well-being pada remaja SMPN7 Yogyakarta*. {Skripsi, tidak diterbitkan]. Universitas

Islam Negeri Sunan Kalijaga.

Gatari, E. (2008). *Hubungan dukungan sosial dan subjective well-being pada ibu bekerja*. [Skripsi, tidak diterbitkan]. Universitas Indonesia.

Kusnanto. (2003) *Profesi dan praktik keperawatan profesional*. EGC.

Kok, B.E., Coffey, K.A., Cohn, M.A., Catalino, L.I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S.B. (2013) How positive emotions build physical health: perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone, *Science Psychology*. 24 (7),1123–1132.

Kortt, M.A, Dollery, B., & Grant, B.,(2014).Religion and life satisfaction down under. *Journal of happiness studies.*

Lai, J., MSc., Ma, S., Wang, Y., Cai,Z., Hu,J., & Hu,S. (2020) Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*: *Psychiatry.* doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

Mangunwijaya, Y.B. (1991). *Menumbuhkan sikap religius anak-anak*. PT. Gramedia Pustaka Utama.

Mayasari, R. (2014). Religiusitas Islam dan kebahagiaan (Sebuah telaah dengan perspektif Psikologi). *Jurnal Al-Munzir,* (Online), 7 (2).

Munster, J.V., Koopmans, M., Doremalen, V.N., Riel,V.D., & Wit,D.E. (2020). A novel coronavirus emerging in China — Key questions for impact assessment. *The New England Journal of Medicine*, *382*, 692-694. DOI: 10.1056/NEJMp2000929.

Munandar, (2008). *Psikologi industri dan organisasi*. Penerbit Universitas Indonesia (UI Press).

Morgan, M.L., Vera, E.M., Gonzales, R.R., Conner, W., Vacek, K.B., & Coyle, L.D. (2011). Subjective well-being in urban adolescents interpersonal, individual, and community influences. *Youth & Society*, *43*(2) 609-634. Doi:10.1177/0044118X09353517.

Myers, D. G. (2008). Religion and human flourishing. Dalam M. Eid & R. Larsen (eds.), *The science of subjective wellbeing*. Guilford.

Norris, F.H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in

time of stress: A test of the social deterioration difference of model. *Journal of Personality and Social Support, 71*(3), 498-511.

Pasiak, Taufik. (2012). *Tuhan dalam otak manusia: Mewujudkan kesehatan spiritual berdasarkan neurosains.* PT Mizan.

Peacock, JR., & Paloma, M.M. (1999). Religiosity and life satisfaction across the life course. *Social Indicators Research, 48*, 321-345.

Raiya, H.A., Pargament, K., Mahoney, A., & Stein, C. (2008). A psychological measure of Islamic religiousness: Development and evidence for reliability and validity. *International Journal for the Psychology of Religion*, *18*(4), 291-315. Doi: 10.1080/10508610802229270.

Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298. Sekretariat Negara. Jakarta: 2014.

Rumaningsih, M. (2011). Pengaruh faktor organisasional pada stres kerja para perawat dengan pengalaman kerja sebagai variabel pemoderasi. *Jurnal Manajemen Bisnis Syariah*, *2*(5), 955-967.

Sebayang, R. (2020, 12 Maret). WHO nyatakan wabah Covid-17 jadi Pandemi, Apa Maksudnya?. *CNBC Indonesia*. Diakses 30 Maret 2020 dari https://www.cnbcindonesia.com/news/20200312075307-4-144247/who-nyatakan-wabah-covid-19-jadi-pandemi-apa-maksudnya

Seligman, M.E.P. (2005). Menciptakan kebahagiaan dengan psikologi positif *(Authentic happiness)*. PT Mizan Pustaka.

Senni M. (2020). COVID-19 experience in Bergamo, Italy. *Eur Heart J.*, 0:1–2.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa279.

Sarafino, E.P., (1998). *Health psychology: Biopsychological interaction*. John Wiley & Sons.

Sarafino, E. P., (2007). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (sixth edition). John Wiley & Sons.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 127-139. doi : 10.1037/0022-3514.44.1.127.

Schimmel, J. (2009). Development as happiness:

The subjective perception of happiness and UNDP's analysis of poverty, wealth and development. *Journal of Happiness Studies*.

Sumintono, B., & Widhiarso, W. (2014). *Aplikasi model Rasch untuk penelitian ilmu-ilmu sosial.* Cimahi: Trim Komunikata Publishing House.

Taylor, S.P., Peplau, L.A., & Sears, D.O. (2009). *Psikologi sosial* (edisi ke 12). Prenada Media Group.

Thouless, R.H. (2000). *Pengantar psikologi agama*. PT Raja Grafindo Persada.

Weiten, W (2008). *Psychology Themes and Variations. Briefer Version.* International Student Edition.

Wiryawan (2020, 8 April). Tangani Corona, tenaga medis di Yogya dikucilkan masyarakat. *CNN Indonesia*. Diakes 15 Mei 2020 dari https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200408095311-20-491506/tangani-corona-tenaga-medis-di-yogya-dikucilkan-masyarakat.

World Health Organization. *Pertanyaan dan jawaban terkait Coronavirus*. Diakses 3 Mei 2020 dari https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus/qa-for-public.

World Health Organization. *News*. Diakses 3 Mei 2020 dari https://www.who.int/indonesia/news.

Devina Chintia Sanudin, & Sheilla Varadhila Peristianto. *Social support, religiosity and subjective well-being of nurses during the Covid-19 pandemic.* *Nurses work in a variety of undesirable conditions in treating Covid-19 patients. This paper showed the relationship between social support and religiosity with subjective well-being on nurses during Covid-19 pandemic in Yogyakarta. A study using 102 male and female subjects aged 22-50 years and with a minimum of two year work experiences as well as using Social Support Scale, Religiosity Scale, and Subjective Well-being Scale really showed a positive correlation between social support with subjective well-being and a positive correlation between religiosity with subjective well-being. The conclusion was that social support and religiosity contributed 63,1% to the subjects' subjective well-being.*

Bab 18. *Technostress* pada Karyawan Terdampak Pandemi Covid-19 yang Bekerja di Rumah

Wahyu Rahardjo, Nurul Qomariyah, Inge Andriani, & Indah Mulyani

Pandemi Covid-19 memaksa seluruh pihak untuk mengendalikan diri, melaksanakan penjarakan fisik (*physical distancing*), dan berdiam di rumah untuk sementara waktu. Hal ini dilakukan untuk mencegah penyebaran virus secara lebih masif. Keharusan menjaga kesehatan diri yang ekstra ini tidak serta merta membuat manusia dapat berdiam diri, karena ada kebutuhan-kebutuhan yang tetap harus dipenuhi. Untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, manusia tetap harus bekerja, sehingga saat ini banyak perusahaan yang menerapkan *work from home* (WFH) atau bekerja dari rumah.

Pesatnya kemajuan teknologi menyebabkan bekerja dari rumah bukanlah sesuatu hal sulit. Karyawan dapat tetap bekerja dari rumah dengan memanfaatkan ICT (*information and communication technology*), seperti menggunakan komputer, *smartphone*, dan internet. ICT adalah pedang bermata dua yang membawa sisi positif sekaligus negatif. Berdasarkan studi yang dilakukan oleh De-Wet, Koekemoer, dan Nel (2016), diketahui bahwa ICT dapat meningkatkan produktivitas dan efektivitas pekerjaan, meningkatkan keberadaan karyawan, dapat menghemat waktu, memungkinkan terwujudnya kantor virtual, mudah mendapatkan dan berbagi informasi, serta memudahkan terhubung dengan keluarga. Adapun sisi negatif ICT adalah meningkatkan tekanan, menjadikannya sebagai alasan untuk tidak berkomunikasi langsung, serta menciptakan gangguan saat bekerja. ICT dapat menyebabkan individu mengalami *technostress* (Raišienė, & Jonušauskas, 2013)

Definisi *Technostress*

Istilah *technostress* pertama kali dikemukakan oleh Craig Brod dalam

bukunya *Technostress: The Human Cost of the Computer Revolution* pada 1984. Brod berpendapat bahwa *technostress* merupakan penyakit yang disebabkan oleh ketidakmampuan individu mengatasi teknologi baru dengan cara yang sehat (dalam Salanova, Llorens, & Cifre, 2013). Definisi awal ini mengalami perkembangan. Saat ini, para ahli ada yang menekankan definisi *technostress* pada penyebabnya. Ada yang menekankan pada respon-responnya. Ada pula yang mengintegrasikan keduanya.

Ahli yang menekankan definisi pada penyebabnya menyatakan bahwa *technostress* adalah tekanan informasi yang berlebihan yang disebabkan oleh penggunaan komputer atau gawai untuk berbagai aktivitas dan penyelesaian tugas yang kompleks sebagai kegiatan sehari-hari (Grandhi, Jones, & Hiltz, 2005). Adapun yang menekankan definisi pada respon fisik, psikologis, dan perilaku, diantaranya adalah Wang, Shu, dan Tu (2008). Mereka mendefinisikan *technostress* sebagai cerminan dari ketidakpuasan, ketakutan, ketegangan, dan kecemasan seseorang ketika seseorang belajar dan menggunakan teknologi komputer secara langsung atau tidak langsung. Hal ini berakhir dengan penolakan psikologis dan emosional yang mencegah seseorang untuk belajar lebih lanjut atau menggunakan teknologi komputer.

Salanova, Llorens, dan Ventura (2014) mengintegrasikan penyebab dan respon dalam definisi *technostress*. Mereka mendefinisikan *technostress* sebagai keadaan psikologis individu yang negatif, yang disebabkan karena (1) penggunaan (dan penyalahgunaan) teknologi, (2) peringatan penggunaan teknologi di masa yang akan datang, serta (3) ketidaksesuaian antara permintaan dan sumber daya, terkait teknologi di tempat kerja. Adapun contoh keadaan psikologis individu yang negatif adalah perasaan cemas, kelelahan mental, skeptisisme, keyakinan akan ketidakmampuan, dan kecanduan teknologi. *Technostress* juga disebut sebagai stres yang muncul dalam diri individu terkait penggunaan teknologi (Tarafdar, Tu, & Ragu-Nathan, 2010).

Berdasarkan definisi yang sudah diuraikan sebelumnya, maka *technostress* adalah keadaan psikologis individu yang negatif, seperti rasa cemas, kelelahan mental, skeptisisme, ketidakyakinan menggunakan teknologi, dan kecanduan teknologi, yang disebabkan karena penggunaan (dan atau penyalahgunaan)

teknologi serta kesenjangan antara permintaan dan sumber daya terkait teknologi. Atanasoff dan Venable (2017) memaparkan bahwa pada dasarnya, konsep dasar dari definisi *technostress* mencakup tiga hal, yaitu (1) persepsi stres karena pengaruh yang bersifat transaksional, (2) persoalan biologi, dan (3) perihal kesehatan kerja. Konsep pertama, yaitu persepsi stres yang muncul karena pengaruh yang bersifat transaksional digunakan dalam tulisan ini karena lebih relevan dalam menjelaskan *technostress* yang dialami oleh individu yang bekerja di rumah selama pandemi Covid-19.

Pengalaman *Technostress*

Salanova, Llorens dan Ventura (2014) menyatakan bahwa *technostress* dapat meliputi dua pengalaman, yaitu *techno-strain* (ketegangan teknologi) dan *techno-addiction* (kecanduan teknologi). Berikut ini adalah uraian masing-masing.

1. *Techno-strain*: Merasa cemas menghadapi teknologi.

   Techno-strain merupakan pengalaman psikologi negatif yang meliputi tiga dimensi, yaitu afektif, sikap dan kognitif.

   a. Dimensi afektif ditandai dengan kecemasan dan kelelahan yang tinggi.

      Kecemasan termasuk takut menekan tombol yang salah dan kehilangan informasi, ragu menggunakan komputer karena takut membuat kesalahan, dan merasa bahwa komputer mengintimidasi dirinya. *Kelelahan* ditandai dengan munculnya sindrom kelelahan informasi atau *Information Fatigue Syndrome* (IFS), yang timbul karena individu harus menangani informasi secara berlebihan. IFS dapat mengakibatkan buruknya kualitas pengambilan keputusan, kesulitan menghafal dan mengingat, serta berkurangnya rentang perhatian. Saat karyawan bekerja dari rumah, pengalaman *technostress* yang dapat muncul adalah kelelahan, yang ditandai dengan adanya *information fatigue syndrome* (IFS). Hal ini disebabkan karena terbatasnya ruang temu fisik; semua informasi terkait pekerjaan dan peristiwa disampaikan melalui internet.

Berbagai informasi disampaikan melalui berbagai media, seperti e-mail, telepon, *teleconference*, *WhatsApp*, dan lain sebagainya, secara bertubi-tubi dan tidak mengenal waktu.

b. Dimensi sikap ditandai dengan skeptisisme, yaitu tampilnya sikap acuh, melepaskan diri, dan menjauh dari penggunaan teknologi. Lebih spesifik lagi, yaitu ketidakpedulian atau sikap sinis pengguna, saat ia merasa lelah dan putus asa ketika menggunakan teknologi. Skeptisisme ini juga dapat muncul selama bekerja dari rumah pada masa pandemi ini. Para karyawan menganggap bekerja dari rumah tidak efektif, bahkan menurut mereka lebih baik mereka menghadapi virus di luar rumah daripada harus bekerja dari rumah.

c. Dimensi kognitif ditandai dengan ketidakyakinan diri (*inefficacy belief*) untuk dapat menggunakan teknologi, padahal keyakinan diri dapat menggunakan teknologi (*technology self-efficacy*) memengaruhi keputusan individu untuk terus menggunakan teknologi atau tidak. Ketidakyakinan diri dapat menggunakan teknologi juga muncul pada karyawan selama bekerja dari rumah. Hal ini disebabkan karena, untuk bekerja, karyawan harus bisa menggunakan teknologi atau aplikasi baru yang belum pernah digunakan sebelumnya.

2. *Techno-addiction*: menyalahgunakan teknologi.

Techno-addiction adalah *technostress* yang disebabkan karena keharusan menggunakan teknologi yang tidak terkendali, seperti "di mana saja" dan "kapan saja", serta dalam waktu yang lama dan dengan cara yang berlebihan. *Techno-addiction* ditandai dengan (a) penggunaan teknologi yang kompulsif, obsesi yang tinggi dengan teknologi, dan sering terus-menerus memikirkan atau menggunakan teknologi tersebut, (b) penggunaan teknologi yang berlebihan, yaitu individu menggunakan waktu yang sangat banyak untuk menggunakan teknologi, (c) merasa cemas ketika tidak menggunakan teknologi, dan (d) kelelahan karena telah menggunakan teknologi secara berlebihan. Saat bekerja dari rumah, gejala-gejala *techno-addiction* dapat muncul. Karyawan merasa bahwa dirinya harus terus memegang gawai

atau perangkat komunikasinya, karena informasi terkait pekerjaan bisa datang kapan saja dan di mana saja. Saat mereka tidak memegang gawainya, mereka dapat cemas karena ketinggalan informasi pekerjaan. Akhirnya, mereka tidak dapat mengerjakan pekerjaan karena batas waktu yang sudah terlewat. Mereka khawatir, oleh karena hal ini, kinerja mereka dinilai buruk dan mendapatkan potongan gaji atau bahkan dikeluarkan. Padahal, di masa pandemi ini, kebutuhan hidup mereka menjadi lebih tinggi dan lowongan pekerjaan sangat sempit mengingat banyak usaha yang mengalami kerugian ataupun kebangkrutan.

Technostress **dan Konsep** ***Person-Environment Fit***

Konsep *person-environment fit* (P-E *fit*) banyak disebut sebagai konsep teoretis yang banyak digunakan berbagai literatur untuk menjelaskan stres yang dialami individu (Ayyagari, Grover, & Purvis, 2011). P-E *fit* mengusung konsep bahwa individu seharusnya dapat menyeimbangkan relasi personal dengan faktor lingkungan (atau konteks di mana individu berada). Ketika terjadi ketidakseimbangan (*disequilibrium*) antara tuntutan lingkungan dan kemampuan diri dalam menanganinya, maka terdapat kecenderungan besar individu akan mengalami stres. Persoalan ketidakcocokan (*misfit*) yang menyebabkan ketidakseimbangan mengakibatkan individu mengalami *technostress* (Wang, Tan, & Li, 2020).

Matias, Dominski, dan Marks (2020) menegaskan bahwa ketika individu harus berada di rumah terutama untuk mempertahankan *physical distancing* saat pandemi Covid-19 berlangsung, maka besar kemungkinan, dirinya akan kehilangan kondisi homeostatis. Aktivitas, pikiran, dan perasaan individu selama di rumah menjadi tidak seimbang dan memengaruhi *well-being* masing-masing individu. Marks (2018) menjelaskan ini sebagai *reset equilibrium function* atau REF. Bahwa secara alami, setiap orang akan berusaha menstabilkan pola perilaku, pikiran, dan perasaan mereka terhadap konteks yang dialami, termasuk pandemi Covid-19 (Matias, Dominski, dan Marks, 2020). Ketika usaha ini tidak berhasil dilakukan, individu berpotensi menjumpai perasaan bosan yang luar biasa, kesepian, dan ketidakstabilan suasana hati.

Penyebab *Technostress*

Salanova, Llorens, dan Venture (2014) mengelompokkan penyebab *technostress,* menjadi dua penyebab utama, yaitu tuntutan teknologi serta kurangnya sumber daya teknologi dan personal. Berikut ini adalah uraian masing-masing.

1. **Tuntutan teknologi *(technological demands).***

   Ada empat tingkat tuntutan teknologi, yaitu tugas, sosial, organisasi, dan ekstra-organisasi.

   a. Tingkat tugas.

      Merupakan tingkat tuntutan yang berkaitan dengan tugas yang harus dikerjakan oleh karyawan. Tingkat ini meliputi enam hal yaitu

      1) *Tugas berlebihan secara kuantitatif*, ketika pengguna merasa ada banyak pekerjaan yang harus dilakukan karena penggunaan teknologi atau putusnya jaringan.

         Para karyawan merasa bahwa sejak bekerja dari rumah, tugasnya semakin bertambah. Hal ini juga dapat disebabkan karena adanya tumpang tindih pekerjaan kantor dengan pekerjaan rumah.

      2) *Tugas berlebihan secara mental-kualitatif*, sejauh mana bekerja dengan menggunakan teknologi membutuhkan tuntutan perhatian yang berlebihan, seperti konsentrasi, ketelitian, atau kemampuan mengerjakan beberapa tugas secara bersamaan untuk mencegah dan memperbaiki kesalahan. Tugas-tugas yang dikerjakan saat bekerja dari rumah membutuhkan perhatian dan ketelitian yang tinggi, karena jika salah, dapat menyebabkan dampak negatif. Misalnya, tidak tersimpannya data yang sudah dikerjakan, pencurian data pribadi, atau lupa mematikan kamera saat rapat virtual yang menyebabkan tereksposnya hal-hal yang bersifat pribadi.

      3) *Tugas berlebihan secara ergonomis-kualitatif*, sejauh mana bekerja

dengan teknologi, dengan postur atau gerakan berulang tertentu, dapat menyebabkan keluhan psikosomatis, seperti mata gatal dan tangan nyeri atau kesemutan. Fasilitas di rumah tidak selengkap dan seergonomis di tempat kerja, karena pada hakikatnya rumah bukanlah tempat untuk bekerja. Hal ini dapat menyebabkan karyawan yang bekerja di rumah mengalami keluhan kesehatan.

4) *Kecepatan teknologi yang berkelanjutan*, sejauh mana pengguna merasa bahwa waktu yang dibutuhkan untuk melakukan satu atau lebih tugas menggunakan teknologi kurang dari waktu yang tersedia untuk melakukannya.

5) *Ambiguitas peran*, sejauh mana kejelasan (atau ketidakjelasan) tugas yang dilakukan dengan teknologi. Ketidakjelasan informasi dapat muncul karena komunikasi yang dilakukan adalah komunikasi jarak jauh. Komunikasi dapat mengalami gangguan sinyal sehingga pesan tidak tersampaikan dengan utuh. Hal ini dapat membuat tugas atau pekerjaan yang harus dilakukan menjadi tidak jelas atau ambigu.

6) *Rutinitas*, sejauh mana tugas yang dilakukan dengan teknologi membosankan, berulang-ulang, monoton, tidak menantang, dan tidak memotivasi.

b. Tingkat sosial.

Tingkat ini mengacu pada hubungan yang dibangun individu dengan orang lain di tempat kerja karena penggunaan teknologi. Hubungan ini meliputi hubungan dengan rekan kerja dan atasan di dalam organisasi, ataupun klien di luar organisasi.

1) *Konflik*, ketika pengguna teknologi merasakan konflik antara penggunaan teknologi baru dan tradisional, serta ketika pengguna berada dalam beberapa tim virtual yang cara kerjanya sama sekali berbeda. Ketika bekerja dari rumah, konflik dengan rekan kerja atau atasan dapat muncul. Hal ini disebabkan karena masing-masing individu memiliki kemampuan yang berbeda terkait teknologi.

2) *Isolasi sosial* karena penggunaan hubungan virtual dengan rekan kerja ataupun klien. Bekerja dari rumah artinya pertemuan sosial secara fisik menjadi sangat terbatas karena semua dilakukan secara virtual. Hal inilah yang menyebabkan karyawan merasa terisolasi secara sosial.

c. Tingkat organisasi.

Tuntutan teknologi di tingkat organisasi terkait dengan pemeliharaan keunggulan kompetitif dan untuk bertahan hidup di pasar tenaga kerja. Di masa pandemi Covid-19 ini, perusahaan dituntun untuk inovatif, termasuk dalam hal penggunaan teknologi, agar dapat bertahan.

d. Tingkat ekstra-organisasi.

Permasalahan utama yang sering muncul pada tingkat ini adalah *work-family conflict*. Konflik ini dapat muncul ketika teknologi menginvasi kehidupan pribadi manusia, seperti ketika harus terhubung dengan e-mail, sehingga mengurangi waktu dengan keluarga saat akhir pekan. Pada masa pandemi Covid-19, karena pekerjaan dilakukan dari rumah, terkadang karyawan tidak menyadari bahwa telah menghabiskan banyak waktu untuk bekerja, sehingga lupa untuk bermain dan bercengkrama dengan keluarga walaupun ada di rumah.

2. **Kurangnya sumber daya teknologi dan personal.**

Terdapat empat tingkat sumber daya teknologi, yaitu tingkat tugas, sosial, organisasi dan ekstra-organisasi.

a. Tingkat tugas.
Tingkat ini meliputi empat hal, yaitu:

1) *Otonomi tugas*, yaitu seberapa besar tingkat kendali, tanggung jawab, dan tantangan pekerjaan yang terkait teknologi.

2) *Partisipasi* dalam proses penerapan teknologi di tempat kerja.

3) *Variasi tugas*, yaitu seberapa banyak kebaruan dan perubahan kerja yang disebabkan oleh teknologi, yang terdiri dari variasi intrinsik (kegiatan dan keterampilan yang perlu dilakukan) dan variasi

ekstrinsik (perubahan lingkungan).

4) *Kejelasan tugas*, mengacu pada sejauh mana peran dan tugas yang harus dilakukan oleh pengguna teknologi didefinisikan dengan baik.

b. Tingkat sosial.

Tingkat sosial juga terdiri dari empat, yaitu

1) *Jaringan sosial dan kepercayaan*, yaitu kontak dalam konteks kerja yang memungkinkan pengguna teknologi untuk berhubungan satu sama lain di dalam maupun di luar organisasi untuk menghindari isolasi yang disebabkan oleh penggunaan teknologi. Saat pandemi Covid-19, isolasi dapat terjadi karena kebijakan penjarakan fisik tidak hanya berlaku di tempat kerja, tetapi berlaku di hampir semua aspek kehidupan sosial, seperti sekolah, pasar, restoran, rumah sakit, dan sebagainya. Selain itu, sebagai mahluk sosial, kebutuhan akan kebersamaan juga menjadi terlanggar ketika harus bekerja dari rumah. Dengan demikian, ada permasalahan kolektif secara psikologis, misalnya dalam bentuk rasa tercerabut secara sosial, rasa kehilangan, dan rasa jenuh yang besar (Byrne, 2020). Beban psikologis ini kian diperberat dengan dibawanya pekerjaan di dalam rumah dengan segala konsekuensinya.

2) *Iklim dukungan sosial* (hubungan pribadi antara pengguna teknologi dan pemangku kepentingan, seperti rekan kerja atau *supervisor*), dalam mana empati, kepercayaan, dan dukungan instrumental dipertukarkan. Meskipun para karyawan bekerja di rumah, namun mereka tetap dapat merasakan dukungan dari rekan kerja maupun atasan.

3) *Kepemimpinan*.

4) *Umpan balik*, sejauh mana pengguna teknologi memiliki informasi yang jelas dan langsung tentang keefektifan kinerja mereka yang diberikan oleh *supervisor*, kolega, dan pelanggan mereka sendiri.

c. Tingkat organisasi.

   Sumber daya teknologi di tingkat organisasi terkait dengan *praktik pengembangan sumber daya manusia di organisasi*. apakah terjadi secara sehat atau tidak. Kehadiran sumber daya manusia di organisasi mendorong penerimaan dan penggunaan teknologi dan pengembangan konsekuensi psikososial positif pada pengguna teknologi.

d. Tingkat ekstra-organisasi.

   Sumber daya ekstra-organisasi, yang dapat berfungsi sebagai *fasilitator perubahan teknologi* adalah dukungan kehidupan kerja pribadi dari teman dan keluarga (misalnya, pasangan).

Menurut Tarafdar, Tu, dan Ragu-Nathan (2010), teknologi dapat menyebabkan stres pada penggunanya dikarenakan beberapa hal, yaitu (1) beban psikologis yang dirasakan individu karena begitu intensnya penggunaan teknologi dalam bekerja, (2) keadaan di mana individu merasa kehidupan pribadinya terinvasi oleh penggunaan teknologi dari segi waktu dan momen-momen keharusan pengerjaan tugas dengan teknologi, (3) kompleksitas teknologi yang dihadapi individu, dan (4) insekuritas yang dirasakan selama penggunaan teknologi dalam bekerja. Namun demikian, temuan Sahin dan Coklar (2009) menjelaskan bahwa faktor konten pekerjaan dan teknologi itu sendiri memberikan sumbangan terjadinya *technostress* pada individu lebih besar dari faktor sosial dan personal.

Mobile Technology dan *Technostress*: Peran Media Sosial

Teknologi dalam bentuk alat yang sifatnya dapat dibawa ke mana-mana (*portable*) memberikan dampak yang lebih dalam terhadap *technostress* yang dirasakan individu. Salah satu contoh dari *mobile technology* ini adalah komputer jinjing atau *laptop* dan *smartphone*. Sebetulnya, jika penggunaan media sosial dalam pekerjaan dilakukan secara proporsional dan pada tempatnya, maka pengaruhnya positif dalam meningkatkan kinerja dan kepuasan kerja (Charoensukmongkol, 2014). Namun, kondisi bekerja di rumah selama pandemi memang memberikan

konteks dan keadaan yang unik dan berbeda dibandingkan situasi normal.

Batasan jam kerja menjadi tidak jelas, dan individu merasa waktu bekerja di rumah menjadi lebih panjang dibandingkan bekerja di kantor. Belum lagi persoalan waktu pemberian pekerjaan yang menerobos waktu privat individu di rumah. Salanova, Llorens, dan Cifre (2013) bahkan memberikan terminologi "di mana saja dan kapan saja" untuk menggambarkan keadaan pemberian dan pelaksanaan pekerjaan yang menciptakan *technostress*. Pemberian instruksi terkait pekerjaan melalui media sosial ini membuat individu kehilangan privasinya, merasa terinvasi, terdegradasikan kesejahteraan psikologis (*well-being*)-nya, sehingga kemudian ia merasa stres (Brooks & Califf, 2017; Bucher, Fieseler, & Suphan, 2013; Lee, Lee, & Suh, 2016; Prasad, Vaidya, & Kumar, 2016).

Hal ini dapat terjadi karena individu kehilangan kendali untuk menentukan waktu penerimaan dan jadwal pengerjaan tugas karena persoalan *real-time*, termasuk masifnya informasi pekerjaan yang diterima (Fu, Li, Liu, Pirkkalainen, & Salo, 2020; Tams, Ahuja, Thatcher, & Grover, 2020; Tarafdar, Tu, Ragu-Nathan, & Ragu-Nathan, 2011). Studi Yu, Cao, Liu, dan Wang (2018) menjelaskan bahwa individu menerima informasi yang berlebihan dalam media sosialnya sehingga merasa tertekan. Secara lebih jauh diungkapkan bahwa hal ini dapat terjadi karena individu menerima informasi mengenai pekerjaan dan juga banyak informasi terkini lainnya, derasnya arus komunikasi, dan juga beban relasi sosial (Yu, Cao, Liu, & Wang, 2018).

Technostress dan Faktor Demografis

Adakah perbedaan *technostress* yang dialami individu berdasarkan beberapa faktor demografis? Jika dilihat berdasarkan jenis kelamin, ada perbedaan temuan. Sebuah studi memperlihatkan pria lebih mudah mengalami *technostress* (Ragu-Nathan, Tarafdar, Ragu-Nathan, & Tu, 2008), sedangkan di riset lain, justru wanita yang lebih rentan mengalaminya (Carlotto, Wendt, & Jones, 2017). Namun demikian, studi Marchiori, Mainardes, dan Rodrigues (2018) menemukan bahwa perempuan lebih sensitif terhadap *technostress* terkait faktor kompleksitas dan ketidakpastian teknologi. Hal ini dapat terjadi mengingat

wanita yang bekerja di rumah juga mendapat tekanan akan tugas majemuk dalam mengurus keluarga (Kushnir & Melamed, 2006). Hal ini menunjukkan bahwa wanita, terutama yang sudah berkeluarga, cenderung lebih berisiko mengalami *technostress* selama masa pandemi Covid-19 ini, karena mereka harus menyelesaikan tugas kantor, tugas rumah, dan tugas mendampingi anak sekolah dalam waktu yang bersamaan.

Di sisi lain, beberapa riset menemukan bahwa *technostress* cenderung menurun pada kelompok usia yang lebih tua dibandingkan mereka yang masih muda (Ragu-Nathan, Tarafdar, Ragu-Nathan, & Tu, 2008; Sahin & Coklar, 2009). Persoalan pendidikan, durasi penggunaan teknologi, dan juga kepercayaan penggunaan teknologi berdasarkan pengalaman, tampaknya juga memengaruhi kelompok yang berusia lebih tua yang cenderung merasakan *technostress* yang lebih rendah dibandingkan kelompok muda (Hauk, Goritz, & Krumm, 2019; Krishnan, 2017; Ragu-Nathan, Tarafdar, Ragu-Nathan, & Tu, 2008).

Sementara itu, tingkat jabatan juga memengaruhi *technostress* yang dirasakan. Studi Oh dan Sungbum (2016) menemukan bahwa individu dengan jabatan yang tinggi di kantor cenderung tidak terlalu merasakan *technostress* dibandingkan mereka yang memiliki posisi menengah ke bawah dalam perusahaan. Hal ini dapat terjadi karena kelompok tingkat atas adalah kelompok yang melakukan pendelegasian perintah kerja kepada kelompok di bawahnya. Studi mereka juga menegaskan bahwa tambahan jam kerja, pendelegasian pekerjaan baru setelah jam kantor, termasuk pemberian pekerjaan saat libur memaksa kelompok individu dengan tingkat jabatan menengah ke bawah mudah mengalami *technostress*.

Konsekuensi *Technostress*

Berdasarkan studi literatur yang telah dilakukan oleh Llorens dkk (dalam Salanova, Llorens, & Ventura, 2014), konsekuensi *technostress* dapat dikelompokkan menjadi empat yaitu fisik, psikososial, organisasi, dan sosial.

Gejala-gejala klasik yang muncul kurang lebih sama dengan stres, yaitu sakit kepala, nyeri *musculoskeletal*, masalah tidur, kecemasan, kelelahan

dan berkurangnya kepuasan kerja, dan penurunan komitmen kerja. Temuan Christian, Purwanto, dan Wibowo (2020) menyebutkan bahwa *technostress* memengaruhi kinerja yang ditampilkan individu selama pandemi Covid-19. Studi Molino, Ingusci, Signore, Manuti, Giancaspro, Russo, Zito, dan Cortese (2020) juga menemukan bahwa penggunaan teknologi yang kompleks dan berlebihan (sehingga menginvasi kehidupan pribadi saat pandemi Covid-19) memiliki pengaruh langsung memunculkan stres bagi individu, dan menciptakan konflik keluarga baru yang juga memicu stres.

Cara Mengatasi *Technostress*: Peran *Coping* dan Faktor-faktor Lain

Di dalam situasi pandemi Covid-19, *technostress* merupakan resiko yang harus siap dihadapi oleh masyarakat Indonesia baik secara personal, sosial, maupun organisasi. Untuk mengatasi atau meminimalisasikan dampak *technostress*, maka kita harus menerapkan teknik *coping* yang efektif, meningkatkan efikasi diri penggunaan teknologi, serta saling mendukung satu sama lain. Selain itu perusahaan juga harus menerapkan kebijakan sumber daya manusia yang tepat.

1. **Peran *coping*.**

Merupakan hal yang menarik untuk menemukenali adakah *coping stress* yang sesuai bagi individu yang bekerja di rumah selama pandemi Covid-19. Persoalan tekanan yang dirasakan individu dapat dilihat sebagai kondisi di mana mungkin tidak ada pilihan lain bagi diri individu yang bersangkutan untuk tidak melibatkan teknologi. Hal ini terjadi karena teknologi memang mengakomodasi pekerjaan-pekerjaan yang harus dilakukan selama tinggal di rumah. Salah satu riset menunjukkan bahwa *coping* bisa dilakukan untuk mereduksi pengaruh *technostress*, yaitu dengan membatasi pemrosesan informasi yang diperoleh dari teknologi digital, dan dukungan pengendalian pengerjaan pekerjaan (Yin, Ou, Davidson, & Wu, 2018). Namun demikian riset ini hanya berguna bagi individu yang memang bekerja di kantor, bukan di rumah, apalagi dalam kondisi khusus seperti pandemi Covid-19.

Pirkkalainen, Salo, Tarafdar, dan Makkonen (2019) kemudian menyatakan bahwa ada dua jenis *coping* yang bisa digunakan sebagai opsi

menghadapi *technostress*. *Pertama* adalah *reactive coping*. Individu berusaha mengurangi efek negatif *technostress* dengan melakukan banyak hal yang menyenangkan hati. Misalnya saja individu dapat melakukan jeda pengerjaan tugas dan menyempatkan diri melakukan *me-time*, atau melibatkan orang yang dikasihi dalam keluarga untuk bermain sejenak. *Kedua*, *coping* berikutnya adalah *proactive coping*. Individu melakukan reinterpretasi terhadap hal-hal yang dianggap menjadi sumber stres saat bekerja menggunakan teknologi di rumah. Dalam konteks pandemi Covid-19, bekerja dengan menggunakan teknologi dapat dipandang sebagai opsi terbaik untuk tetap bertahan dalam pekerjaan bersama keluarga, tetap aman, bahkan di tengah situasi yang sulit. Perspektif positif dipandang perlu bagi individu yang sedang mengalami *technostress* untuk mendapatkan sudut pandang yang berbeda mengenai tekanan yang sedang dirasakan (Wright, Abendschein, Wombacher, O'Connor, Hoffman, Dempsey, Krull, Dewes, & Shelton, 2014). Temuan studi milik Hung, Chen, dan Lin (2015) juga menegaskan bahwa kepribadian proaktif perlu ada untuk mendukung usaha mitigasi dan mengkonfrontasi permasalahan yang menjadi sumber *technostress*.

Koordinasi yang baik dengan orang lain guna memaksimalkan efektivitas dukungan komunikasi dan informasi terkait pekerjaan bisa mengurangi tekanan akibat *technostress* (Yan, Guo, Lee, & Vogel, 2013). Ini terjadi bukan hanya dalam konteks bekerja di rumah saat pandemi Covid-19. Selain dari itu, *coping* ini juga kurang maksimal bagi individu yang bekerja di rumah selama pandemic, karena selain persoalan konten dan beban pekerjaan, penggunaan teknologi untuk bekerja juga menjadi persoalan lain yang harus diatasi.

2. **Efikasi diri penggunaan teknologi.**

Efikasi diri penggunaan teknologi disebut mampu mengurangi *technostress* (Shu, Tu, & Wang, 2011). Efikasi diri tentu terkait dengan kesuksesan pengalaman sebelumnya seperti mengikuti pelatihan-pelatihan (Cassidy & Eachus, 2002; Corona, Christodulu, & Rinaldi, 2016), sehingga usaha-usaha meminimalkan gap dengan mengikuti pelatihan adalah kendala berikutnya yang harus dihadapi semua individu yang bermasalah dengan kompetensi penggunaan

teknologi di momen pandemi.

3. **Dukungan sosial.**

Dukungan sosial yang penting untuk dimiliki adalah dukungan dari pasangan. Bagi individu yang telah menikah, kompleksitas bekerja di rumah lebih dirasakan oleh pihak wanita karena persoalan tugas majemuk yang harus dilakukan dalam mengurus suami, anak, rumah, dan pekerjaan secara sekaligus. Ketimpangan ini menjadi kian nyata saat pandemi Covid-19 berlangsung (Manzo & Minello, 2020). Pembagian tugas antara pihak pria dan wanita (dalam hal ini adalah suami dan istri) harus lebih jelas dan seimbang guna mendukung kedua belah pihak memiliki kesehatan mental yang cukup baik dalam menghadapi berbagai tekanan pekerjaan dan aktivitas-aktivitas domestik.

4. **Kebijakan perusahaan terkait sumber daya manusia.**

Salanova, Llorens, dan Ventura (2014) mengemukakan ada tiga hal yang dapat dilakukan oleh perusahaan terkait sumber daya manusia, yaitu (1) kebijakan implementasi teknologi yang berfokus pada pengguna, yaitu pengguna memiliki tanggung jawab dan kendali atas pekerjaan, bukan teknologi, (b) mempromosikan pelatihan yang berkualitas saat ingin menggunakan teknologi baru, serta (c) menerapkan strategi untuk menyeimbangkan kehidupan pribadi dan kerja, melalui jadwal bekerja dari rumah yang lebih fleksibel.

Studi Gadeyne, Verbruggen, Delanoeije, dan de Cooman (2018) berusaha memberikan pandangan yang mendukung posisi individu sebagai karyawan yang bekerja di rumah. Studi ini menjelaskan bahwa bagaimanapun, pihak perusahaan atau kantor tempat individu bekerja harus belajar memiliki pemahaman lebih mengenai konsekuensi yang harus ditanggung individu yang bekerja dari rumah dengan menggunakan teknologi. Perusahaan dapat memberikan individu waktu lebih banyak untuk beradaptasi dalam mengintegrasikan perubahan perilaku di rumah yang telah terintervensi dengan pekerjaan. Menurut hemat penulis, hal ini dapat dilakukan misalnya dengan meninjau ulang intensitas pendelegasian pekerjaan hanya sebatas jam kerja normal, dan kualitas beban kerja serta capaian target penyelesaiannya.

Penutup

Technostress pada dasarnya bukan menjadi tantangan yang benar-benar baru dalam dunia industri. Hanya saja, sejak pandemi Covid-19 menyeruak, *technostress* menjadi terasa semakin jamak dan riil pada individu, apa pun profesinya, saat bekerja di rumah. Relaksasi kebijakan bekerja dari rumah sebaiknya juga menjadi pertimbangan perusahaan atau instansi kantor-kantor lain, baik swasta maupun pemerintah. Jika beban kerja yang harus dikerjakan dan diselesaikan oleh individu memang besar, sebaiknya hal tersebut dibatasi hanya pada jam kerja biasa saja. Bekerja dari rumah bukan berarti pengabdian bekerja menjadi 24 jam, tetapi tetap harus ada batasan-batasan bagi individu. Kesehatan fisik dan psikis karyawan juga harus menjadi pertimbangan utama bagi karyawan mengingat hal ini dapat memengaruhi kinerja pribadi yang dampaknya juga bisa dirasakan oleh perusahaan atau institusi.

Daftar Pustaka

Atanasoff, L., & Venable, M. A. (2017). Technostress: Implications for adults in the workplace. *The Career Development Quarterly, 65*, 326-338. https://doi.org/10.1002/cdq.12111

Ayyagari, R., Grover, V., & Purvis, R. (2011). Technostress: Technological antecedents and implications. *MIS Quarterly, 35*(4), 831-858. https://doi.org/10.2307/41409963

Brooks, S., & Califf, C. (2017). Social media-induced technostress: Its impact on the job performance of its professionals and the moderating role of job characteristics. *Computer Networks, 114*, 143-153. https://doi.org/10.1016/j.comnet.2016.08.020

Bucher, E., Fieseler, C., & Suphan, A. (2013). The stress potential of social media in the workplace. *Information, Communication & Society, 16*(10), 1639-1667. https://doi.org/10.1080/ 1369118X.2012.710245

Byrne, M. (2020). Stay home: Reflections on the meaning of home and the Covid-19 pandemic. *Irish Journal of Sociology*, *28*(3), 351-355. https://doi.org/10.1177/0791603520941423

Carlotto, M. S., Wendt, G. W., & Jones, A. P. (2017). Technostress, career commitment, satisfaction with life, and work-family interaction among workers in information and communication technologies. *Actualidades en Psicologia, 31*(122), 91-102. https://doi.org//10.15517/ap.v31i122.22729

Cassidy, S., & Eachus, P. (2002). Developing the Computer User Self-Efficacy (CUSE) Scale: Investigating the relationship between computer self-efficacy, gender, and experience with computers. *Journal of Educational Computing Research, 26*(2), 133–153. https://doi.org/10.2190/ jgjr-0kvl-hrf7-gcnv

Charoensukmongkol, P. (2014). Effects of support and job demands on social media use and work outcomes. *Computers in Human Behavior, 36*, 340-349. https://doi.org/10.1016/ j.chb.2014.03.061

Christian, M., Purwanto, E., & Wibowo, S. (2020). Technostress creators on

teaching performance of private universities in Jakarta during Covid-19 pandemic. *Technology Reports on Kansai University, 62*(6), 2799-2809. https://www.kansaiuniversityreports.com/article/technostress-creators-on-teaching-performance-of-private-universities-in-jakarta-during-covid-19-pandemic

Corona, L. L., Christodulu, K. V., & Rinaldi, M. L. (2016). Investigation of school professionals' self-efficacy for working with students with ASD: Impact of prior experience, knowledge, and training. *Journal of Positive Behavior Interventions, 19*(2), 90-101. https://doi.org/10.1177/1098300716667604

De Wet, W., Koekemoer, E., & Nel, J. A. (2016). *Exploring the impact of information and communication technology on employees' work and personal lives. SA Journal of Industrial Psychology, 42*(1), a1330. https://doi.org/10.4102/sajip.v42i1.1330

Fu, S., Li, H., Liu, Y., Pirkkalainen, H., & Salo, M. (2020). Social media overload, exhaustion and use discontinuation: Examining the effects of information overload, system feature overload, and social overload. *Information Processing and Management, 57*, 102307.

Gadeyne, N., Verbruggen, Delanoeije, J., & de Cooman, R. (2018). All wired, all tired? Work-related ICT-use outside work hours and work-to-home conflict: The role of integration preference, integration norms and work demands. *Journal of Vocational Behavior, 107*, 86-99. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.03.008

Goulding, A. (2001). Information poverty or overload?. *Journal of Librarianship and Information Science, 33*(3), 109–111. https://doi.org/10.1177/096100060103300301

Grandhi, S. A., Jones, Q., & Hiltz, S. R. (2005). Technology overload: Is there a technological panacea? *AMCIS proceedings*, 2291-2297.

Hauk, N., Goritz, A. S., & Krumm, S. (2019). The mediating role of coping behavior on the age-technostress relationship: A longitudinal multilevel mediation model. *PLoS ONE, 14*(3), e0213349. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213349

Hung, W. H., Chen, K., & Lin, C. P. (2015). Does the proactive personality mitigate the adverse effect of technostress on productivity in the mobile environment? *Telematics and Informatics, 32*, 143-157. https://doi.org/10.1016/j.tele.2014.06.002

Krishnan, S. (2017). Personality and espoused cultural differences in technostress creators. *Computers in Human Behavior, 66*, 154-167. https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.09.039

Kushnir, T., & Melamed, S. (2006). Domestic stress and well-being of employed women: Interplay between demands and decision control at home. *Sex Roles, 54*, 687-694. https://doi.org/10.1007/s11199-006-9040-0

Lee, S. B., Lee, S. C., & Suh, Y. H. (2016). Technostress from mobile communication and its impact on quality of life and productivity. *Total Quality Management & Business Excellence, 27*(7-8), 775-790. https://doi.org/10.1080/14783363.2016.1187998

Manzo, L. K. C., & Minello, A. (2020). Mothers, childcare duties, and remote working under Covid-19 lockdown in Italy: Cultivating communities of care. *Dialogues in Human Geography, 10*(2), 120-123. https://doi.org/10.1177/2043820620934268

Marchiori, D. M., Mainardes, E. W., & Rodrigues, R. G. (2018). Do individual characteristics influence the types of technostress reported by workers? *International Journal of Human-Computer Interaction*. https://doi.org/10.1080/10447318.2018.1449713

Marks, D. F. (2018). *A general theory of behavior*. London: SAGE.

Matias, T., Dominski, F. H., & Marks, D. F. (2020). Human needs in Covid-19 isolation. *Journal of Health Psychology, 25*(7), 871-882. https://doi.org/10.1177/1359105320925149

Molino, M., Ingusci, E., Signore, F., Manuti, A., Giancaspro, M. L., Russo, V., Zito, M., & Cortese, C. G. (2020). Wellbeing cost of technology use during Covid-19 remote working: An investigation using the Italian translation of the Technostress Creators Scale. *Sustainability, 12*, 5911. https://doi.org/10.3390/su12155911

Nisafani, A. S., Kiely, G., & Mahony, C. (2020). Workers' technostress: A review

of its causes, strains, inhibitors, and impacts. *Journal of Decision Systems,* 1–16. https://doi.org/10.1080/ 12460125.2020.1796286

Oh, S. T., & Sungbum, P. (2016). A study of connected smart worker's technostress. *Procedia Computer Science, 91*, 725-733. https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.07.065d

Pirkkalainen, H., Salo, M., Tarafdar, M., & Makkonen, M. (2019). Deliberate or instinctive? Proactive and reactive coping for technostress. *Journal of Management Information Systems, 36*(4), 1179-1212. https://doi.org/10.1080/07421222.2019.1661092

Prasad, K. D. V., Vaidya, R., & Kumar, V. A. (2016). A comparative analysis: Causes of stress among the employees and its effects on the performance at the workplace in agricultural research and information technology sectors. *Journal of Management & Research, 10*(4), 1-23.

Ragu-Nathan, T. S., Tarafdar, M., Ragu-Nathan, B. S., & Tu, Q. (2008). The consequences for technostress for end users in organizations: Conceptual development and empirical validation. *Information System Research, 19*(4), 417-433. https://doi.org/10.1287/isre.l070.0165

Raišienė, A.G.; Jonušauskas, S. 2013. Silent issues of ICT era: Impact of technostress to the work and life balance of employees, *Entrepreneurship and Sustainability Issues, 1*(2), 108-115. https://doi.org/10.9770/jesi.2013.1.2(5)

Sahin, Y. L., & Coklar, A. N. (2009). Social networking users' views on technology and the determination of technostress level. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 1*, 1437-1422. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2009.01.253

Salanova, M., Llorens, S., & Cifre, E. (2013). The dark side of technologies: Technostress among users of information and communication technologies. *International Journal of Psychology, 48*(3), 422-436. https://doi.org/10.1080/00207594.2012.680460

Salanova, M., Llorens, S., & Ventura, M. (2014). Technostress: The dark side of technologies. Dalam C. Korunka & P. Hoonakker P. (Eds.), *The impact of ICT on quality of working life* (pp. 87–103). Dordrecht:

Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8854-0_6

Shu, Q., Tu, Q., & Wang, K. (2011). The impact of computer self-efficacy and technology dependence on computer-related technostress: A social cognitive theory perspective. *International Journal of Human-Computer Interaction, 27*(10), 923-939. https://doi.org/10.1080/10447318.2011.555313

Stich, J. F., Tarafdar, M., & Cooper, C. L. (2018). Electronic communication in the workplace: Boon or bane? *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance, 5*(1), 98-106. https://doi.org/10.1108/JOEPP-05-2017-0046

Suh, A., & Lee, J. (2017). Understanding teleworkers' technostress and its influence on job satisfaction. *Internet Research, 27*(1), 140-159. https://doi.org/10.1108/IntR-06-2015-0181

Tams, S., Ahuja, M., Thatcher, J., & Grover, V. (2020). Worker stress in the age of mobile technology: The combined effects of perceived interruption overload and worker control. *Journal of Strategic Information Systems, 29*, 101595. https://doi.org/10.1016/j.jsis.2020. 101595

Tarafdar, M., Tu, Q., & Ragu-Nathan, T. S. (2007). The impact if technostress on role stress and productivity. *Journal of Management Information Systems, 24*(1), 301-328. https://doi.org/10.2753/MIS0742-1222240109

Tarafdar, M., Tu, Q., & Ragu-Nathan, T. S. (2010). Impact of technostress on end-user satisfaction and performance. *Journal of Management Information Systems, 27*(3), 303-334. https://doi.org/10.2753/MIS0742-1222270311

Tarafdar, M., Tu, Q., Ragu-Nathan, T. S., & Ragu-Nathan, B. S. (2011). Crossing the dark side: Examining creators, outcomes, and inhibitors of technostress. *Communication of the ACM, 54*(11), 113-120. https://doi.org/10.1145/1995376.1995403

Wang, K., Shu, Q., & Tu, Q. (2008). Technostress under different organizational environment: An empirical investigation. *Computers in Human Behavior, 24*, 3002-3013. https://doi.org/10.1016/ j.chb.2008.05.007

Wang, X., Tan, S. C., & Li, L. (2020). Technostress in university students'

technology-enhanced learning: An investigation from multidimensional person-environment misfit. *Computers in Human Behavior, 105*, 106208. https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106208

Wright, K. B., Abendschein, B., Wombacher, K., O'Connor, M., Hoffman, M., Dempsey, M., Krull, C., Dewes, A., & Shelton, A. (2014). Work-related communication technology use outside of regular work hours and work life conflict. *Management Communication Quarterly, 28*(4), 507-530. https://doi.org/10.1177/0893318914533332

Yan, Z., Guo, X., Lee, M. K. O., & Vogel, D. R. (2013). A conceptual model of technology features and technostress in telemedicine communication. *Information Technology & People, 26*(3), 283-297. https://doi.org/10.1108/ITP-04-2013-0071

Yin, P., Ou, C. X. J., Davison, R. M., & Wu, J. (2018). Coping with mobile technology overload in the workplace. *Internet Research, 28*(5), 1189-1212. https://doi.org/10.1108/IntR-01-2017-0016

Yu, L., Cao, X., Liu, Z., & Wang, J. (2018). Excessive social media use at work: Exploring the effects of social media overload on job performance. *Information Technology & People, 31*(6), 1091-1112. https://doi.org/10.1108/ITP-10-2016-0237

Wahyu Rahardjo, Nurul Qomariyah, Inge Andriani, & Indah Mulyani. *Technostress among Employees Affected by the Covid-19 Pandemic who are Working from Home*. *The Covid-19 pandemic controls the society in exercising physical distance and keeping to stay at home for a while, so that currently many activities are carried out from home or working from home (WfH). Utilizing ICT (information and communication technology) is one of the right solutions during WfH. However, the use of ICT has positive and negative impacts. One of the negative impacts is technostress. Technostress can be caused by several things such as differences in age, gender, education, level of employment, work situations and previous technology experience. The consequences of this technostress can be in the form of technology tension and technology addiction or result in physical, psychological, organizational, and social harm. So that in managing technology itself, efforts are needed regarding stress management, confidence in using technology, social support and supported by policies in the company where someone works.*

Bab 19. Mencapai Ketenangan dengan Relaksasi Afirmasi: Solusi Mengurangi Kecemasan Covid-19

Noviza

Cemas Akibat Covid-19

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan status darurat akibat Covid-19 karena angka kematian yang semakin meningkat serta penyebaran yang begitu cepat di seluruh dunia. Kemunculan Covid-19 di Indonesia membawa dampak bukan hanya fisik tetapi juga psikologis. Banyak masyarakat mulai merasa khawatir dan takut karena kecepatan penyebarannya melebihi kemampuan ilmuwan dalam menciptakan penangkalnya. Kekhawatiran semakin bertambah dengan melihat angka kematian yang semakin hari semakin tinggi. Data terkini dari Satuan Tugas Penanganan Covid-19 di Indonesia per tanggal 23 November 2020 jumlah orang yang dikonfirmasi terpapar Covid-19 mencapai 502.110 dengan angka kematian 16.002, dan diprediksi akan terus bertambah.

Selain berdampak pada kesehatan fisik, Covid-19 juga berdampak pada kesehatan mental atau kondisi psikologis masyarakat. Munculnya Covid-19 telah menyebabkan kebingungan, ketakutan, merubah kondisi kehidupan masyarakat dengan adanya pembatasan aktivitas dan kekhawatiran tertular virus (Ali, 2020b). Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) menyatakan sebanyak 64,3 persen dari 1.522 orang responden memiliki masalah psikologis berupa kecemasan setelah melakukan pemeriksaan mandiri via daring di mana 76,1 persennya adalah perempuan (Fatiara, 2020). Serupa dengan itu, penelitian di Wuhan menunjukan adanya gejala depresi, stres, dan kecemasan selama pandemi Covid-19 sehingga dibutuhkan intervensi klinis untuk menanggulangi permasalahan psikologi yang terjadi (Ozamiz dkk., 2020). Bukan hanya itu, dalam situs Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (2020), realitas baru seperti bekerja di rumah, pengangguran sementara, anak

belajar di rumah, dan berkurangnya kontak fisik dengan orang lain, memerlukan adaptasi baru yang terkadang membuat orang menjadi khawatir atau cemas sehingga WHO menganggap hal ini menjadi tantangan bagi kita semua untuk menjaga kondisi kesehatan, bukan hanya fisik tetapi juga kesehatan mental.

Berdasarkan hasil wawancara dan *screening* kepada tiga puluh (30) responden perempuan di Kota Semarang secara daring diperoleh hasil bahwa sebagian besar dari mereka merasakan kecemasan dan kekhawatiran akan Covid-19. Perasaan cemas yang dirasakan terkadang sampai memunculkan reaksi fisik seperti pusing, sakit kepala, ketegangan otot, dan asam lambung yang meningkat. Ibu yang memiliki anak kecil juga merasakan cemas karena mereka juga harus menjaga kesehatan si anak yang masih di usia rentan. Tidak sampai di sana, kecemasan yang dirasakan juga berdampak pada perubahan emosional di mana seseorang menjadi mudah marah, *mood* terganggu, merasa sedih, takut ketika berada di luar rumah, terlebih setelah mendengar berita tentang Covid-19 yang terus meningkat.

Padahal dalam kondisi pandemi di mana penyebaran virus begitu cepat, seseorang harus benar-benar dalam kondisi yang sehat baik fisik maupun psikologis agar sistem imun tubuh dapat terus terjaga sehingga tidak mudah terpapar penyakit. Terlebih Covid-19 mudah menyerang pada orang dengan daya tubuh yang lemah. Upaya yang bisa dilakukan saat ini adalah bagaimana menjaga hidup sehat. Hidup sehat tentunya mengacu definisi menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang menyatakan bahwa sehat adalah keadaan ideal baik fisik, psikologis, dan sosial sehingga seseorang dapat melakukan aktifitasnya secara optimal.

Menurut Daradjat (2001), terdapat dua faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan mental seseorang, yaitu internal dan eksternal. Faktor internal adalah seperti kondisi psikologis, kematangan berpikir, dan bagaimana seseorang bersikap dalam menghadapi problematika kehidupan. Faktor eksternal adalah seperti kondisi lingkungan, sosial, ekonomi, dan sebagainya. Hal tersebut memberikan pemahaman bahwa kecemasan terhadap pandemi terjadi karena peranan faktor eksternal yang mempengaruhi kesehatan mental; dan juga faktor internal sebagaimana cara berpikir, bersikap, dan menghadapi pandemi

Covid-19. Mengacu pada penjelasan Daradjat (2001) maka faktor internal atau yang berasal dari diri seseorang dianggap menjadi faktor paling dominan.

Berbagai upaya sudah dilakukan pemerintah baik dari pencegahan dengan protokol kesehatan, pembatasan wilayah, sampai ke pendampingan psikologis. Akan tetapi, semakin banyak orang yang positif Covid-19 membuat kecemasan juga semakin hari semakin meningkat sehingga perlu adanya alternatif solusi yang bisa di akses secara mudah dengan memanfaatkan teknologi daring.

Ketenangan dapat Membuat Tubuh Lebih Sehat

Penelitian yang dilakukan oleh Hasan (2010) mengenai efektifitas relaksasi untuk menurunkan kecemasan dan depresi menunjukkan adanya penurunan drastis tingkat kecemasan dan depresi setelah diberikan teknik relaksasi. Efek lain dari teknik tersebut adalah pengurangan keluhan fisik, fungsi pekerjaan yang makin meningkat, dan pulihnya permasalahan sosial. Selain itu Hossein dan Mohammadi (2013) dalam penelitiannya menyatakan bahwa teknik relaksasi terbukti efektif dapat menurunkan kecemasan. Tidak hanya itu, dalam laman situs Kesehatan Mental Harvard juga menjelaskan berbagai teknik yang dapat membantu seseorang untuk rileks dan mengurangi respon cemas yang cenderung memperburuk kesehatan, salah satu teknik yang dianggap membantu adalah relaksasi (Harvard Mental Health Letter, 2010).

Relaksasi yang digunakan adalah relaksasi afirmasi yang merupakan gabungan antara teknik relaksasi dan teknik afirmasi. Fokus sasaran dari teknik ini adalah memberikan kalimat positif yang mampu mengurangi emosi negatif akibat kekhawatiran atau kecemasan yang dirasakan serta membuat kondisi menjadi rileks atau tenang sehingga respon fisik menjadi lebih baik. Hal tersebut sejalan dengan penjelasan Henrick (dalam Kartika & Subandi, 2015) bahwa secara fisiologis pelatihan relaksasi dapat memberikan respon rileks yaitu yang ditunjukkan dengan stabilnya detak jantung dan tekanan darah. Penetralisiran emosi negatif melalui pengaturan pernafasan ditambah dengan kalimat afirmasi positif yang ditanamkan pada pikiran alam bawah sadar subjek akan membentuk persepsi positif dan koping yang baik. Respon ini sejalan dengan kerja sistem

saraf dimana kondisi rileks akan mengantarkan sistem kerja otak menjadi mudah mempengaruhi limbik dalam meningkatkan respon emosi positif, kemampuan pertahanan diri, dan meningkatnya kondisi tenang atau rileks. Seperti yang dijelaskan oleh Sarkar (2017) bahwa pengaturan pernafasan atau relaksasi dapat mempengaruhi kerja otak bagian belakang untuk mempertahankan homeostatis sistem limbik sebagai pusat emosi dan meneruskan ke bagian pusat kognitif tertinggi dari korteks di mana merupakan pusat kecerdasan emosional seseorang..

Relaksasi afirmasi merupakan program yang dirancang untuk mengatasi pikiran negatif yang muncul dengan mengulang kalimat afirmasi kepada diri sendiri kapanpun dibutuhkan untuk mencapai titik rileks dan secara tidak langsung akan memandu perilaku dan pengambilan keputusan menjadi lebih baik (Thitipitchayanant dkk., 2017). Serupa dengan itu, Moore (2017) menjelaskan bahwa teknik afirmasi akan mendorong perubahan positif dalam hidup, meningkatkan harga diri, dan memerangi pola berpikir yang salah sehingga akan membentuk perilaku yang lebih adaptif. Lebih lanjut, Moore (2017) memaparkan bukti MRI yang menunjukkan jalur saraf pada wilayah prefrontal korteks akan meningkat ketika seseorang melakukan afirmasi positif. Ketika seseorang sudah mampu melakukan afirmasi positif dalam dirinya maka ia akan mampu memfilter informasi secara lebih rasional sehingga ketika ada bahaya atau permasalahan, ia akan mampu mengendalikan kecemasan. Cooke dkk. (2014) menjelaskan bahwa afirmasi diri terbukti efektif sebagai intervensi yang dapat mengarahkan seseorang dalam meningkatkan kesehatan fisik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Moore (2017), Cooke dkk. (2014), dan Thitipitchayanant dkk. (2017) dapat disimpulkan bahwa relaksasi afirmasi bermanfaat bukan hanya untuk kesehatan fisik saja melainkan juga berdampak positif pada kesejahteraan psikologis.

Harapannya ketika seseorang sudah mampu rileks atau tenang ditambah dengan meningkatnya keyakinan diri dengan kalimat afirmasi positif yang dibangun maka ia akan mampu berpikir positif, memiliki emosi positif, kondisi tubuh menjadi lebih sehat, dan secara tidak langsung kecemasan akan berkurang. Terlebih pada kondisi pandemi di mana seseorang harus membatasi kegiatan di luar rumah termasuk untuk bertemu dengan orang lain. Oleh karenanya,

pemanfaatan teknologi daring diharapkan akan memudahkan relaksasi sehingga bisa dilakukan di mana saja dan kapan saja.

Solusi Mencapai Ketenangan

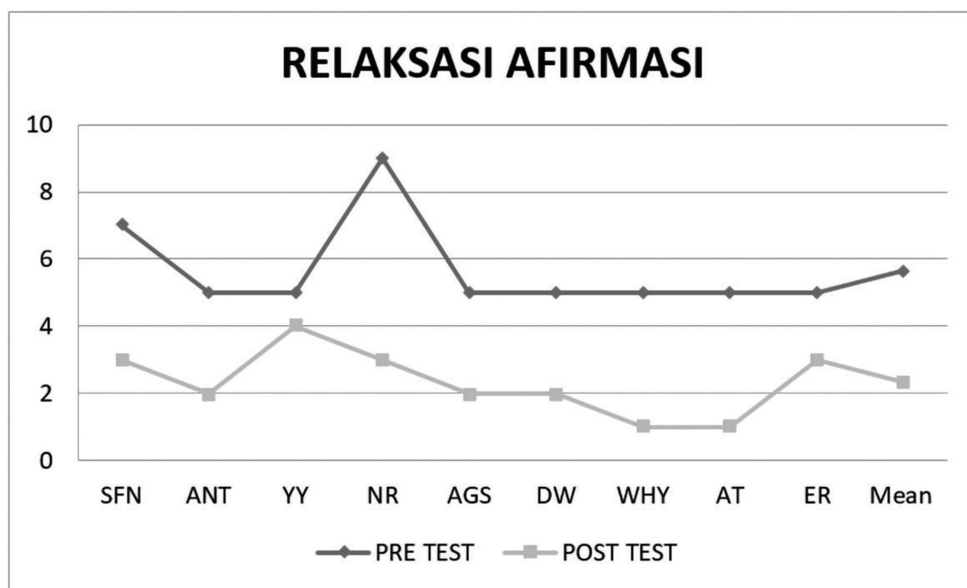
Teknik relaksasi afirmasi adalah sugesti diri di mana seseorang diarahkan untuk meyakini kemampuan dirinya dalam mengatasi situasi sulit dan mengubah persepsi atas situasi tersebut menjadi lebih positif setelah penguatan kalimat afirmasi. Harapannya muncul kekuatan dalam diri, sehingga dapat memaknai hidup semakin baik (Brealey, 2002). Teknik relaksasi afirmasi dilakukan dalam situasi tenang, fokus, dengan perspektif melihat ke dalam diri (Nair & Meera, 2014). Tahapan yang harus dipersiapkan sebelum melakukan relaksasi menjadi perlu untuk diketahui. Dalam teknik relaksasi afirmasi tersebut akan digunakan Audio MP4. Adapun tahapan dalam pelaksanaan relaksasi afirmasi antara lain:

1. Lakukan di lokasi atau di tempat yang nyaman dan tenang
2. Atur posisi tubuh senyaman mungkin
3. Lakukan pengaturan pernafasan dengan menarik nafas dari hidung kemudian mengeluarkan dari mulut
4. Mengikuti instruksi selama proses relaksasi afirmasi dan fokus pada suara dalam Audio MP4 yang diberikan
5. Pejamkan mata jika memungkinkan, dengan tetap mengatur nafas dan fokus pada suara yang diberikan
6. Fokuskan pikiran dan perasaan pada tubuh kita dan ucapkan terima kasih pada anggota tubuh yang tetap sehat sekalipun dalam situasi pandemi, seperti,*"terima kasih tubuh..karena tetap kuat menjaga diri ini" atau "terima kasih Tuhan telah memberikan kesehatan pada tubuhku"*
7. Selama relaksasi menambahkan ucapkan kalimat-kalimat afirmasi seperti, *"sekalipun saya cemas, saya yakin saya bisa melewati segala permasalahan"* atau *"saya yakin saya sehat..saya yakin saya mampu melawan ketakutan dalam diri"*

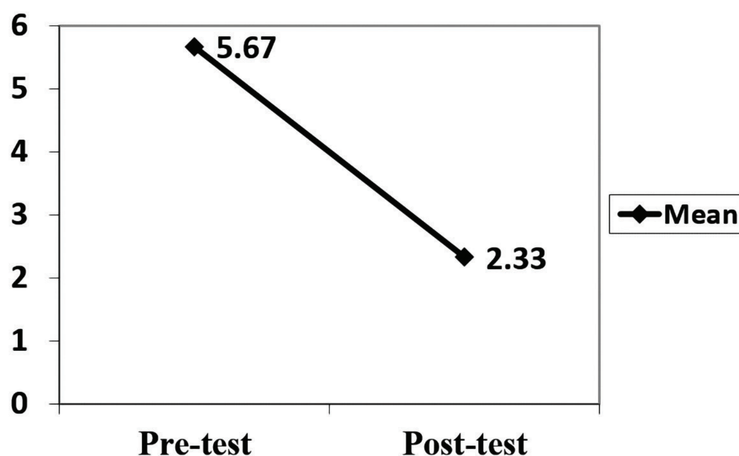
8. Rasakan sensasi tubuh yang semakin baik dan perasaan yang semakin tenang serta pertahankan hal tersebut
9. Akhiri relaksasi dengan semangat baru, keyakinan akan tubuh yang semakin sehat, dan perasaan yang lebih tenang

Relaksasi Afirmasi dalam Menurunkan Kecemasan

Berdasarkan riset yang dilakukan oleh peneliti dengan *one group pretest-posttest design* pada sembilan responden yang dilakukan pada tanggal 12 Juli 2020 dengan menggunakan intervensi relaksasi afirmasi melalui daring dan penugasan relaksasi secara mandiri. Setelah intervensi diberikan, hasil analisis deskriptif membuktikan terjadi penurunan kecemasan sebelum dan setelah diberikannya relaksasi afirmasi, berikut grafik perubahan dapat dilihat di bawah ini:



Grafik 1. Hasil Intervensi Relaksasi Afirmasi



Grafik 2. Mean Empirik

Berdasarkan grafik di atas dapat disimpulkan bahwa relaksasi afirmasi terbukti efektif untuk menurunkan kecemasan akibat Covid-19. Hal ini dapat dilihat dari analisis deskriptif dengan membandingkan perubahan nilai mean empirik tingkat kecemasan dari skala CAS (Coronavirus Anxiety Scale). Skala CAS dirancang sebagai alat screening kesehatan mental yang digunakan pada tenaga professional dalam mengukur kecemasan akibat Covid-19 (Lee, 2020).

Hasil yang diperoleh setelah relaksasi afirmasi diberikan terjadi penurunan tingkat kecemasan dari yang sebelumnya 5,67 turun menjadi 2.33, sehingga relaksasi afirmasi berbasis daring dapat menjadi solusi yang dapat digunakan khususnya kepada psikolog, terapis, dan tenaga medis sebagai alternatif dalam mengurangi kecemasan.

Setelah melakukan relaksasi afirmasi, diperlukan refleksi perasaan dari para responden untuk memperkuat bukti bahwa relaksasi afirmasi benar-benar efektif dalam menurunkan kecemasan. Kesembilan responden yang mengikuti relaksasi afirmasi merasakan efek ketenangan ketika mendengarkan relaksasi afirmasi serta lebih mampu memfilter informasi yang dibaca maupun ditonton terkait Covid-19. Mereka juga memahami bahwa yang harus dilakukan adalah waspada akan bahayanya dan bukan fokus pada ketakutannya. Perubahan positif juga terjadi pada kondisi tubuh menjadi lebih tenang, ketegangan berkurang, dan menjadi berenergi.

Mencapai Ketenangan dengan Relaksasi Afirmasi

Tinjauan studi yang dilakukan di berbagai dunia mencatat bahwa Covid-19 membawa dampak psikologis termasuk meningkatnya kecemasan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ali (2020a) dijelaskan bahwa semakin tingginya prevalensi Covid-19 dan pembatasan interaksi menyebabkan kecemasan yang makin meningkat. Oleh sebab itu, perlu menyediakan program berbasis daring yang bertujuan untuk mengendalikan stres dan kecemasan masyarakat. Salah satunya relaksasi afirmasi.

Relaksasi yang dilakukan secara daring dinilai dapat memberikan intervensi psikologis yang paling aman dalam situasi pandemi Covid-19 sehingga setiap orang yang membutuhkan dapat secara mandiri mengakses intervensi tersebut dengan waktu yang lebih fleksibel. Seiring berkembangnya teknologi maka penyesuaian penanganan psikologis seperti kecemasan juga dapat dimodifikasi sesuai kebutuhan di mana metode relaksasi afirmasi bisa menjadi salah satu alternatifnya.

Bagaimanapun, kecemasan merupakan reaksi normal terhadap stres dan mewakili emosi manusia yang umum, tetapi ketika kegelisahan menjadi ketakutan yang berlebihan terhadap situasi tertentu maka ia akan berakibat buruk. Dampaknya bahkan bukan hanya sekedar psikologis, melainkan juga sampai ke reaksi fisik, terlebih dalam situasi pandemi di mana seseorang menjadi lebih rentan cemas akibat Covid-19. Francesco dkk. (2010) menjelaskan relaksasi merupakan salah satu tindakan nonfarmakologis yang paling banyak digunakan, baik sebagai tambahan terapi maupun berdiri sendiri dalam mengobati permasalahan fisik maupun psikologis. Serupa dengan itu, Figuera & Ouakinin (2008) menjelaskan patologi fisik terkadang memiliki etiologi psikologis; dan relaksasi sering kali dapat meredakan keduanya.

Terdapat berbagai jenis relaksasi yang tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan maupun kecemasan melalui teknik yang berbeda-beda. Semua jenis pelatihan relaksasi telah diterima dengan baik di kalangan ilmuwan maupun masyarakat pada umumnya. Manzoni dkk. (2008) menjelaskan bahwa kemanjuran relaksasi sudah banyak diujicobakan dan sebagian besar hasilnya

positif, terutama dalam mengurangi kecemasan dalam jangka waktu tertentu secara efektif. Menurutnya, mempraktekkan secara mandiri di rumah akan menambah keberhasilan penanganan kecemasan.

Jenis relaksasi yang digunakan pada penelitian ini adalah relaksasi afirmasi yang memfokuskan pada penurunan kecemasan akibat Covid-19 dengan hasil yang terbukti efektif. Relaksasi afirmasi memang dirancang untuk mengatasi pikiran negatif yang muncul dengan mengulang kalimat afirmasi kepada diri sendiri kapanpun dibutuhkan untuk mencapai titik rileks dan secara tidak langsung akan memandu perilaku dan pengambilan keputusan menjadi lebih baik (Thitipitchayanant dkk. 2017). Seperti pengulangan kalimat afirmasi *"saya yakin saya sehat"* atau *"saya yakin saya bisa"* dan kalimat serupa lainnya difokuskan untuk memandu pemikiran dan perilaku menjadi lebih positif sehingga dapat menyelesaikan permasalahan secara lebih tenang. Teknik afirmasi akan mendorong perubahan positif dalam hidup, meningkatkan harga diri, dan memerangi pola berpikir yang salah sehingga akan membentuk perilaku yang lebih adaptif.

Relaksasi berbasis daring pernah dilakukan oleh Caldwell (2020) sebagai alternatif untuk mengurangi stres dan kecemasan. Menurutnya, kemampuan untuk rileks sangat penting dalam mengelola stres dan kecemasan secara efektif sebab tanpa rileks maka gangguan kecemasan atau stres dapat menyebabkan seseorang menjadi cepat lelah, mudah marah, munculnya permasalahan medis, dan bahkan bisa berkembang menjadi depresi. Latihan mandiri pada seseorang yang memiliki gangguan kecemasan dapat membuat respon seseorang menjadi lebih rileks ketika mendapat serangan kecemasan sehingga detak jantungnya menjadi lebih stabil, laju pernafasan dan konsumsi oksigen yang semakin membaik, tekanan darah lancar, sehingga kondisi emosional psikologis juga menjadi lebih tenang (Caldwell, 2020).

Saran Pengembangan

Relaksasi yang diberikan dengan media audio maupun video secara daring dapat digunakan oleh psikolog maupun tenaga medis professional, bukan

hanya di era pandemi Covid-19 melainkan pada situasi normal dengan penekanan pada teknik dan tahapan yang harus diperhatikan sebelum melakukan relaksasi. Hal ini diharapkan dapat membantu seseorang secara mandiri ketika ia ingin melakukan relaksasi saat muncul perasaan cemas. Seiring majunya perkembangan teknologi, konsultasi psikologi juga sudah semakin banyak digunakan dengan metode daring, penyesuaian intervensi yang mudah diakses juga dibutuhkan dan salah satunya relaksasi afirmasi.

Bagi yang ingin meneliti terkait kecemasan di era pandemi, jika pengambilan sampel dilakukan dengan cara random maka sebaiknya mengunakan dua alternatif skala kecemasan lainnya seperti HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) atau BAI (Beck Anxiety Inventory), karena skala CAS hanya dapat digunakan pada orang yang cemas akibat Covid-19. Selain itu, ada baiknya penelitian ke depan juga mengembangkan variabel gangguan lain selain kecemasan, seperti depresi.

Setiap individu yang merasakan kecemasan akibat Covid-19 dapat melakukan teknik relaksasi afirmasi dengan bantuan profesional karena relaksasi afirmasi secara ilmiah terbukti efektif dapat menurunkan kecemasan. Latihan relaksasi dapat membuat seseorang menjadi terampil dalam mengendalikan dan menenangkan diri sehingga ketika menghadapi persoalan ia dapat menyelesaikannya dengan maksimal serta berdampak pula pada kondisi tubuh yang menjadi lebih sehat dan berenergi dalam melakukan aktivitas.

Daftar Acuan

Ali, M. (2020a). COVID-19 and Anxiety: A Review of Psychological Impacts of Infectious Disease Outbreaks. *Archives of Clinical Infectious Diseases. In Press (in press)*, doi: 10.5812/archcid.102779

Ali, U. (2020b). The Effectiveness of Relaxation Therapy in the Reduction of Anxiety Related Symptoms (A Case Study). *International Journal of Psychological Studies, 2*(2), 202-207. doi:10.5539/ijps.v2n2p202

Brealey, E. (2002). *Seri 10 Menit Menghilangkan Stress.* Batam: Karisma Publishing Group

Caldwell, J.K, (2020). *Relaxation and Stress Management.* Georgia Southern University. Diakses dari https://students.georgiasouthern.edu/counseling/resources/resource-library/relaxation-and-stress-management/

Cooke, R., Trebaczyk, H., Harris, P., & Wright, A.J. (2014). Self-affirmation Promotes Physical Activity. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 36*(2), 217–223. doi: 10.1123/jsep.2013-0041

Daradjat, Z. (2001). *Kesehatan Mental.* Jakarta: Toko Gunung Agung, Cet.XXIII

Francesco, P., Manzoni, G.M., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2010). The Efficacy of Relaxation Training in Treating Anxiety Disorder and Problem. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 5*, 3-4. doi: 10.1037/h0100887

Figueira, M. L., & Ouakinin, S. (2008). From Psychosomatic to Psychological Medicine: What's The Future?. *Current Opinion in Psychiatry, 21*(4), 412-416. doi:10.1097/yco.0b013e328300c731

Hasan, S. (2010). The Effectiveness of Relaxation Therapy in the Reduction of Anxiety Related Symptoms. *International Journal of Psychological Stuudies, 2*(2). 202-208. doi: 10.5539/ijps.v2n2p202

Harvard Mental Health Letter (2010). *Pain, Anxiety, and Depression.* Diakses dari https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/pain-anxiety-and-depression

Hossein, G. & Mohammadi, R. (2013). The Effectiveness Of Relaxation Training

On Anxiety Of Disordered Children's Mothers. *Social and Behavioral Sciences,* 84, 341-34. doi:10.1016/j.sbspro.2013.06.563

Kartika, A & Subandi, (2015).Pelatihan Teknik Relaksasi untuk Menurutnkan Kecemasan pada *Primary Caregiver* Penderita Kanker Payudara. *Journal of Professional Psychology. 1*(3), 62-77. doi: https://dx.doi.org/10.26486/psikologi.v2li.666

Lee, S.A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Department of Psychology. Death Studies, 44*(7), 1-9. doi: 10.1080/07481187.2020.1748481

Manzoni, G.M., Francesco, P., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation Training for Anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry, 8*(41). doi: 10.1186/1471-244X-8-41

Moore, C. (2017). *Positive Daily Affirmations: Is There Science Behind It.* Diakses dari https://positivepsychology.com/daily-affirmations/

Nair, P. P. & Meera, K. P. (2014). Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation in Reducing Academic Stress of Secondary Schools Students of Kerala. *Journal Of Humanities And Social Science, 19*(8), 29–32. doi: 10.9790/0837-19812932

Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza,M., & Idoiaga, N. (2020). Stress, Anxiety, and Depression Levels in The Initial Stage of the COVID-19 Outbreak in a Population Sample in The Northern Spain. *Cad. Saúde Pública, 36*(4), 1-9. doi: 10.1590/0102-311X0054020

Fatiara, N. (2020). *Dokter Jiwa: 64,3% Peserta Konsultasi Alama Depresi Selama Pandemi Corona.* Diakses dari https://kumparan.com/kumparannews/dokter-jiwa-64-3-peserta konsultasi-alami-depresi-selama-pandemi-corona-1tKSSOwhO3U

Sarkar, A. (2017). Functional Correlation Between Breathing and Emotional States. *MOJ Anatomy & Physiology, 3*(5), 157-158. doi: 10.15406/mojap.2017.03.00108

Satuan Tugas Penanganan Covid-19. (2020). Diakses dari https://covid19.go.id/

Thitipitchayanant,K. Somrongthong, R., Kumar, R., & Kanchanakhan, N. (2014). Effectiveness of Self-empowerment-Affirmation-Relaxation

(Self-EAR) Program for Postpartum Blues Mothers: A Randomize Controlled Trial. *Pakistan Journal of Medical Sciences. Professional Medical Publications, 34 (6).* doi: 10.12669/pjms.346.15986

World Health Organization. (2020). *Connecting the world to combat coronavirus.* Diakses dari https://who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health

----

Noviza. *This paper raises the theme of online-based affirmation relaxation as a solution to reduce anxiety due to Covid-19. The increasing number of the spread of Covid-19 has a negative impact not only on physical health, but also on psychological health, such as anxiety. Online-based psychological approach which is easily accessible is needed to help reduce the impact of anxiety caused by the Covid-19 pandemic. Based on the results of the intervention using affirmative relaxation techniques in nine respondents who experienced anxiety due to Covid-19, the author concluded that anxiety level decreased after affirmation relaxation was given. Online-based affirmation relaxation is a program designed to overcome negative thoughts that appear as triggers for anxiety, and convert them into positive affirmation sentences, so that a person can reduce the level of anxiety and feel calmer.*

Bab 20. Teori Konspirasi di Masa Pandemi

Yohanes Heri Widodo

Virus Corona atau Covid-19 pertama kali menjangkiti seorang individu berusia 55 tahun yang berasal dari provinsi Hubei, China. Kasus infeksi pertama tersebut tercatat pada tanggal 17 November 2019 (Novena, 2020). Setelah itu, kasus individu yang terinfeksi virus ini mulai menyebar ke seluruh dunia. Sesudah beberapa waktu sebelumnya, Indonesia menyatakan tidak mendeteksi adanya infeksi, pada 2 Maret 2020, masyarakat harus menerima kenyataan hadirnya kasus pertama infeksi Covid-19 di negara ini. Kasus pertama di Indonesia ditemukan pada seorang ibu (64 tahun) dan putrinya (31 tahun) yang beberapa waktu sebelumnya melakukan kontak dengan warga Jepang yang sudah terlebih dahulu dinyatakan positif terinfeksi saat berada di Malaysia setelah beberapa waktu sebelumnya berada di Indonesia. Sesudah kasus pertama ini, penyebaran Covid-19 terjadi dengan cepat. Sebulan kemudian, semua propinsi di Indonesia mengkonfirmasi adanya kasus positif di wilayahnya masing-masing (Jihad, 2020). Penyebaran yang demikian cepat telah mengakibatkan kepanikan pada masyarakat di berbagai tempat Indonesia. Meskipun Pemerintah Pusat tidak memberlakukan *lockdown*, namun di berbagai tempat, masyarakat melakukan karantina mandiri di daerahnya masing-masing. Mereka menutup wilayahnya dan melakukan pemeriksaan terhadap para pendatang (Rachmawati, 2020). Apa yang dilakukan masyarakat tersebut menunjukkan adanya tekanan psikologis berupa kekhawatiran dan ketakutan terkait dengan cepatnya penyebaran dan mudahnya penularan Covid-19.

Pada saat mengalami suatu masalah, merupakan sebuah hal yang wajar ketika setiap individu melakukan berbagai mekanisme penyesuaian diri yang diperlukan untuk beradaptasi terhadap tekanan psikologis yang timbul dari keberadaan masalah tersebut. Tujuan akhir yang diharapkan dalam mekanisme

tersebut adalah meredanya tekanan psikologis yang dialami. Beberapa mekanisme penyesuaian diri dipandang sebagai mekanisme yang efektif untuk mengelola tekanan psikologis yang dialami, tetapi beberapa yang lain dipandang kurang efektif bahkan berpotensi memperburuk kondisi individu. Bagaimana individu pada akhirnya memilih strategi saat menghadapi masalah dan tekanan psikologis, juga dipengaruhi oleh disposisi internal dalam diri masing-masing individu tersebut. Hal ini menjelaskan mengapa ada dua orang yang memiliki masalah yang sama tetapi mereka memberikan respon dengan cara yang berbeda.

Teori Konspirasi

Salah satu mekanisme yang digunakan individu ketika mengalami kecemasan menghadapi berbagai tekanan dan ketidakpastian adalah membangun keyakinan konspiratif yakni keyakinan akan adanya suatu konspirasi yang berhubungan dengan kondisi yang sedang dihadapinya.

Teori konspirasi sendiri bukanlah hal yang baru. Fenomena mengenai keyakinan adanya teori konspirasi telah muncul sejak masa lampau. Livy, seorang sejarawan di masa kekaisaran Roma, mencatat bahwa, pada tahun 419 SM, saat terjadi kebakaran di kota Roma, kelompok budak dituduh bersekongkol dan menjadi pelaku pembakaran kota tersebut (Pagán, 2020). Tuduhan mengenai tindakan pembakaran ini diyakini sebagai bagian dari upaya kelompok budak tersebut untuk memberontak pada kekaisaran lewat gerakan mengangkat senjata dan merebut kekuasaan. Hampir 500 tahun kemudian yakni tahun 64 M, kebakaran kembali melanda kota Roma yang pada waktu itu di bawah pemerintahan Kaisar Nero. Kebakaran akibat faktor konstruksi bangunan yang dibuat dari kayu dan diperbesar oleh faktor alam yakni hembusan angin. Kebakaran melanda kota Roma selama lebih dari satu minggu. Kaisar Nero menuduh orang Kristen sebagai pelaku pembakaran tersebut dan memerintahkan untuk menyalibkan mereka hidup-hidup (Van Prooijen & Douglas, 2017).

Selanjutnya, sejarah juga mencatat mengenai berkembangnya teori konspirasi di Abad Pertengahan. Pada masa itu, teori konspirasi yang berkembang banyak berhubungan dengan ide konspiratif di area politik. Gagasan konspiratif

yang banyak tersebar pada waktu itu misalnya adalah mengenai rencana pembunuhan terhadap Paus (pemimpin tertinggi Gereja Katolik) dan raja lewat cara sihir, racun, mantra, dan semacamnya. Gagasan yang saat ini tampak jelas termasuk dalam ide konspiratif ini pada waktu itu bahkan kemudian digunakan secara luas selama proses penyelidikan secara resmi di pengadilan (Zwierlein, 2020). Sesudah itu, muncullah teori konspirasi yang cukup populer bahkan hingga sekarang yang berhubungan dengan kelompok Freemason dan Illuminati. Teori konspirasi ini muncul pada akhir tahun 1700-an. Pada waktu itu Augustin Barrue dan John Robinson, seorang profesor filsafat alam Edinburgh, menerbitkan buku-buku yang di dalamnya terdapat tuduhan mengenai adanya konspirasi dari kelompok Freemason dan Illuminati sebagai aktor-aktor yang bertanggung jawab di balik pecahnya Revolusi Perancis (Oberhauser, 2020).

Apakah sebenarnya teori konspirasi itu? Teori konspirasi adalah keyakinan yang dimiliki individu tentang adanya sekelompok orang yang bergabung bersama dalam suatu kesepakatan rahasia untuk mencapai tujuan tersembunyi yang jahat dan melanggar hukum (Zonis & Joseph, 1994). Sejalan dengan pendapat ini, Swami dan Furnham (2014) berpendapat bahwa mereka yang meyakini teori konspirasi meyakini adanya beberapa aktor yang dengan sengaja merencanakan sesuatu untuk mencapai tujuan jahat. Hal yang sama juga disampaikan oleh Andrade (2020), yang berpendapat bahwa teori konspirasi adalah adanya narasi tentang peristiwa atau situasi yang di dalamnya memuat adanya tuduhan mengenai suatu rencana rahasia untuk melakukan perbuatan yang dianggap jahat. Sementara itu, Douglas dkk. (2017) dalam tulisannya menyebutkan bahwa teori konspirasi berhubungan dengan kejadian penting yang merupakan suatu rencana rahasia yang dimiliki oleh sekelompok individu yang berkuasa dan memiliki niat jahat. Jika dilihat dari berbagai pendapat tersebut, ada beberapa kesamaan yang bisa disimpulkan mengenai unsur-unsur pokok dalam teori konspirasi, antara lain, adanya suatu kesepakatan rahasia, kesepakatan ini berasal dari sekelompok orang, dan kesepakatan tersebut bersifat jahat.

Apakah yang membedakan bahwa suatu gagasan merupakan gagasan yang berpijak pada suatu keyakinan akan adanya teori konspirasi dan yang bukan

termasuk keyakinan konspiratif? Jan-Willem van Prooijen, seorang profesor dalam bidang psikologi sosial-organisasional pada Vrije Universiteit, Amsterdam, dan seorang peneliti senior pada Netherlands Institute for the Study of Crime and Law Enforcement, yang banyak melakukan kajian mengenai teori konspirasi mengungkapkan bahwa suatu gagasan dapat disebut sebagai teori konspirasi jika memiliki lima kriteria:

- *Pola*, yakni ketika teori konspirasi menjelaskan sebuah kejadian dengan membangun keyakinan akan adanya hubungan-hubungan yang terstruktur antara suatu aksi, objek, dan orang yang diyakini sebagai pelaku aksi, dan dipandang sebagai hal yang tidak muncul secara kebetulan.
- *Agensi*, yakni ketika teori konspirasi berasumsi bahwa kejadian yang dicurigai disebabkan oleh tujuan yang dibuat oleh aktor intelijen. Ada rencana yang cerdas dan detail yang secara sengaja dibangun dan dijalankan oleh aktor-aktor tersebut.
- *Koalisi*, yakni ketika teori konspirasi selalu meliputi suatu koalisi atau kelompok dari sejumlah aktor yang biasanya manusia.
- *Permusuhan*, yakni ketika teori konspirasi cenderung untuk berasumsi bahwa kelompok yang dicurigai mengarah pada tujuan yang jahat, mementingkan diri, dan membahayakan kepentingan umum.

Rahasia yang berkelanjutan, ketika teori konspirasi berbicara mengenai operasi yang dijalankan secara rahasia dan berkelanjutan. Konspirasi yang telah terekspos dan terbukti benar tidak lagi menjadi suatu teori sebagai bagian dari teori konspirasi. Oleh karenanya, dalam konteks ini, teori konspirasi dapat didefinisikan sebagai sesuatu yang tidak dapat dibuktikan (Prooijen, 2018).

Ada banyak pertanyaan yang muncul dari mereka yang membaca studi mengenai teori konspirasi. Salah satu pertanyaan yang cukup populer adalah bagaimana seandainya memang teori konspirasi itu benar? Andrade (2020) mengungkapkan bahwa gagasan mengenai adanya suatu konspirasi sebagai dasar dari munculnya teori konspirasi memang tidak selalu keliru. Dalam beberapa kasus, sekelompok kecil pelaku kejahatan memang terbukti bersekongkol dan bertanggung jawab terhadap munculnya suatu situasi yang buruk. Akan tetapi,

sebagian besar teori konspirasi didasarkan pada pemikiran yang ceroboh, asal-asalan, dan menyajikan sejumlah skenario yang tidak akurat.

Prooijen (2018) berpendapat bahwa yang lebih penting bukankah pertanyaan mengenai apakah suatu teori konspirasi adalah benar atau salah, melainkan pertanyaan mengenai siapa yang percaya dan siapa yang tidak mempercayainya, serta mengapa mereka memutuskan untuk mempercayai atau tidak mempercayainya. Dalam kenyataannya, ada banyak sekali teori konspirasi yang sangat tidak rasional dan tidak memiliki bukti ilmiah yang kuat, namun faktanya banyak sekali orang yang tetap mempercayainya. Fenomena inilah yang menjadikan alasan mengenai pentingnya mempelajari tema mengenai teori konspirasi yang telah menyebar dan berkembang di kalangan masyarakat khususnya di masa pandemi ini.

Teori konspirasi telah menyebar baik di tengah masyarakat di masa lalu maupun pada masyarakat di masa sekarang. Dinamika penyebarannya tentu saja berjalan secara berbeda sesuai dengan dinamika perkembangan masing-masing masyarakat pada zamannya. Meskipun demikian, ada satu komponen yang secara konsisten ditemukan dari zaman ke zaman yang berhubungan dengan penyebaran keyakinan terhadap suatu teori konspirasi. Komponen tersebut dikenal dengan rumor atau desas-desus. Meskipun merupakan hal yang secara substansial sebenarnya berbeda, menurut Rosnow (1991), teori konspirasi sangat bergantung pada rumor dalam proses penyebarannya.

Pada masa lalu, penyebaran rumor, yang mendorong pada berkembangnya keyakinan konspiratif, adalah sesuatu yang lazim terjadi di dalam masyarakat. Proses penyebaran rumor pada masa itu masih sangat terbatas karena komunikasi bergantung pada kedekatan jarak antar individu. Pada saat ini, dengan munculnya internet, proses penyebaran rumor dan desas-desus telah berkembang menjadi lebih cepat. Tidak seperti di masa lalu, pada masa sekarang ini, mereka yang menjadi pemberi dan penerima informasi terhubung dengan sangat mudah lewat berbagai forum meskipun dalam kesehariannya mereka berada dalam jarak yang berjauhan. Kondisi ini akan mendukung tumbuh suburnya penyebaran pandangan para penganut teori konspirasi khususnya mengenai bagaimana cara mereka memandang dunia yang mereka tinggali saat

ini (Oliver & Wood, 2014a).

Pesatnya perkembangan teknologi informasi yang didorong oleh peran internet memang tidak hanya menguasai komunikasi antar individu di area publik saja namun juga telah masuk di hampir semua bagian kehidupan manusia hingga kehidupan yang bersifat lebih privat dan domestik. Oleh karenanya, sejalan dengan temuan Oliver dan Wood (2014), tokoh lain yakni Clarke (2007) juga meyakini bahwa kehadiran internet merupakan faktor yang sangat signifikan yang berkontribusi pada penyebaran dan berkembangnya berbagai teori konspirasi.

Pandemi yang Menyuburkan Keyakinan Konspiratif

Dalam sejarah, teori konspirasi juga berkembang dalam dunia medis. Hal ini bisa dimaklumi karena dengan mendasarkan diri pada pemahaman bahwa ide konspiratif akan muncul pada saat individu mengalami tekanan psikologis, ancaman dalam bidang kesehatan yang seringkali berujung pada kematian merupakan ancaman yang menakutkan bagi manusia sejak dahulu. Pada masa lalu, berkembangnya gagasan konspiratif di area medis dimulai dengan meluasnya penggunaan vaksin di awal tahun 1800-an di Eropa. Pada waktu itu, cacar menjadi penyakit yang mematikan dan melanda populasi manusia selama berabad-abad dengan 30% kasus berakhir dengan kematian. Meskipun memiliki dampak yang fatal, program vaksinasi yang dilakukan untuk mencegah berkembang luasnya penyakit ini tidak selalu berjalan dengan mulus. Bersamaan dengan program vaksinasi cacar yang diluncurkan oleh pemerintah, muncullah gerakan tandingan yang mengkritik dan melakukan perlawanan terhadap program vaksinasi tersebut. Mereka yang menolak program ini menuduh bahwa negara hendak mengontrol tubuh mereka dan mengklaim tindakan ini sebagai bentuk invasi kebebasan pribadi yang tidak dapat diterima. Selanjutnya, untuk menentang program ini, berbagai kelompok antivaksin dibentuk dan berbagai buku serta jurnal yang mendukung gerakan ini diterbitkan dan berkembang di seluruh Eropa (Dube dkk., 2015).

Dalam dunia kesehatan khususnya terkait dengan vaksinasi, penggunaan internet yang mulai berkembang semakin pesat di awal tahun 2000-

an telah membuka kesempatan dan ruang bagi para aktivis penentang vaksin untuk menyebarluaskan pesan-pesan mereka kepada kelompok masyarakat yang jauh lebih luas. Banyak aktivis penentang vaksin ini yang sangat aktif di forum- forum berita dan media sosial untuk menyebarkan pesan-pesan mereka. Selain itu, berbagai isu tentang keamanan dan efektivitas beberapa vaksin telah diangkat dalam studi-studi ilmiah. Seringkali para aktivis penentang vaksin menggunakan informasi ini untuk mendukung gagasan dan mereka dengan cara hanya mengambil judul atau sebagian informasi tanpa menyajikan rincian informasi atau konteks yang ada dalam studi tersebut (Dube dkk., 2015).

Informasi yang disebarkan sebagai gerakan anti vaksin misalnya saja adalah bahwa vaksin dapat menyebabkan autisme pada anak, dan banyak perusahaan farmasi yang berkonspirasi untuk merahasiakan hari ini. Sebagai akibatnya, banyak orangtua yang kemudian menolak untuk memberikan vaksin pada anak-anaknya. Padahal, berbagai penelitian ilmiah membuktikan tidak ada hubungan antara vaksin dan autisme (Honda dkk., 2005; Madsen dkk., 2002). Pemberian vaksin merupakan sebuah cara untuk melindungi masyarakat dari ancaman penyakit. Oleh karenanya, setiap orang tua harus memastikan bahwa anak mereka mendapatkan vaksin yang cocok. keputusan untuk melawak vaksin berakar dari kepercayaan terhadap konspirasi teori.

Dalam penelitian baru-baru ini, munculnya keyakinan terhadap adanya teori konspirasi juga terjadi di masa Pandemi Covid-19. Ahmed dkk., (2020) dalam penelitiannya lewat Twitter selama 7 hari antara tanggal 27 Maret hingga April 2020 di Britania Raya menemukan bahwa dari sampel sejumlah 233 *tweet*, 34.8% di antaranya berisi keyakinan bahwa ada hubungan antara 5G dan pandemi Covid-19. Penelitian lainnya yang berhubungan dengan hal ini dilakukan oleh Georgiou dkk., (2020) pada sampel sebanyak 660 orang selama bulan April 2020 di Britania Raya, Amerika Serikat, dan Eropa Daratan. Dalam penelitian ini, ditemukan bahwa keyakinan konspiratif selain berkorelasi dengan rendahnya tingkat pendidikan, ternyata berhubungan secara positif dengan sikap negatif terhadap respon pemerintah khususnya dalam menghadapi pandemi Covid-19.

Untuk mengetahui secara lebih jelas fenomena tumbuh suburnya

keyakinan terhadap adanya teori konspirasi dengan pandemi Covid-19 yang sedang dialami oleh sebagian besar manusia di bumi ini, perlu dipahami dahulu secara lebih dalam apakah itu keyakinan konspiratif termasuk komponen pembentuk serta dampak atau konsekuensi yang diakibatkan olehnya.

Komponen Pembentuk Keyakinan Konspiratif

Para pengikut teori konspirasi memiliki karakter individual yang spesifik. Lantian dkk., (2020) mengungkapkan adanya tiga perbedaan karakter individual dari mereka yang memiliki kecenderungan untuk meyakini teori konspirasi dibandingkan dengan mereka yang cenderung tidak mempercayainya. Ketiga hal tersebut adalah peran karakter pribadi, peran gaya kognitif, dan peran pandangan terhadap dunia.

Peran Karakter Pribadi

Di area kepribadian, terdapat beberapa pendapat bahwa ide konspiratif yang dimiliki individu berhubungan dengan berbagai karakter yang secara umum dikategorikan sebagai kepribadian yang tergolong sebagai karakter pribadi maladaptif. Misalnya, Swami dkk., (2010) serta Galliford dan Furnham (2017) mengemukakan adanya korelasi yang negatif antara mereka yang meyakini ide-ide konspiratif dengan sifat-sifat sosial yang menyenangkan. Dengan kata lain, mentalitas konspiratif mungkin lebih banyak ditemukan di antara orang-orang yang kurang ramah dan tidak menyenangkan secara sosial.

Goertzel (1994) dalam penelitian yang dilakukannya menemukan bahwa kepercayaan konspiratif berhubungan dengan rendahnya kepercayaan serta tingginya kecenderungan apatis dan menyimpang dari norma sosial yang umumnya disebut sebagai anomi. Keyakinan semacam ini memungkinkan individu yang memilikinya mendapatkan pembenaran atas perasaan marah atau negatif yang mereka rasakan dengan menyediakan sosok atau pihak-pihak yang mereka imajinasikan sebagai musuh untuk pelampiasan perasaan tersebut. Penelitian lain yang dilakukan oleh Abalakina-Paap dkk. (1999) menemukan bahwa keyakinan konspiratif berhubungan dengan tingginya tingkat anomi,

ketidakberdayaan, otoritarianisme, dan rendahnya harga diri. Sejalan dengan hal tersebut, dalam penelitiannya yang berhubungan dengan peristiwa 9/11, Swami dkk. (2010) menemukan adanya korelasi yang positif dan signifikan antara keyakinan konspiratif dengan dimilikinya sikap sinis dalam area politik dan pembangkangan terhadap otoritas misalnya yang diwakili oleh pihak pemerintah yang sah.

Hal tersebut menjelaskan mengapa pemerintah di beberapa negara sering mengalami kesulitan melaksanakan program pencegahan menyebarluasnya Covid-19 ketika banyak di antara warganya meyakini adanya teori konspirasi. Seiring dengan munculnya perasaan negatif terhadap sistem dan kelompok lain pada umumnya, mereka yang sangat percaya dengan teori konspirasi ternyata juga cenderung memiliki perasaan negatif terhadap diri sendiri dan memiliki harga diri yang lebih rendah (Abalakina`-Paap dkk.,1999; Swami dkk., 2011; van Prooijen & de Vries, 2016).

Keyakinan konspiratif juga berhubungan dengan masalah kepercayaan interpersonal yang dimiliki individu. Mereka yang memiliki keyakinan yang kuat pada teori konspirasi cenderung memiliki ketidakpercayaan interpersonal yang menonjol, kecurigaan, dan antagonisme (Green & Douglas, 2018; Imhoff & Lamberty, 2018; Vitriol & Marsh, 2018).

Hubungan antara keyakinan konspiratif dengan problem kepercayaan ditemukan lebih jauh lagi dalam beberapa penelitian. Ramsay (2012), dalam bukunya, mengungkapkan bahwa adanya hubungan positif antara minat individu pada hal-hal yang bersifat paranormal, gaib, dan fenomena aneh semacamnya dengan minat terhadap teori konspirasi. Menurut Meehl (1990), karakteristik kepribadian yang berhubungan kuat dengan minat pada hal-hal yang bersifat paranormal merupakan gejala skizotipal yang merupakan fase prodromal atau fase yang mendahului skizofrenia. Skizofrenia sendiri merupakan gangguan jiwa yang tergolong berat. Jika dilihat lebih jauh, skizotipal berhubungan dengan ide-ide paranoid.

Sejalan hasil temuan tersebut, Freeman dkk., (2005) menjelaskan bahwa mereka yang memiliki ide paranoid seringkali meyakini adanya pihak-pihak baik yang berasal dari lingkungan internal yang mereka kenal misalnya teman dan

anggota keluarga, maupun yang berasal dari lingkungan eksternal yang tidak mereka kenal yang memiliki niat buruk terhadap mereka. Niat ini diyakini muncul dalam bentuk ancaman fisik atau tindakan buruk lainnya misalnya ketidaksetiaan, penipuan, eksploitasi dan lain-lain. Holm (2009) berpendapat bahwa keyakinan konspiratif sangat mirip dengan paranoia. Keduanya ditandai dengan munculnya kecurigaan dan rasa takut yang terus menerus akan bahaya yang berasal dari pihak-pihak di luar dirinya yang memiliki maksud jahat. Grzesiak-Feldman dan Ejsmont (2008) menguatkan gagasan tersebut lewat penelitiannya mengenai pemikiran konspiratif terhadap kelompok etnis tertentu (Yahudi, Arab, Jerman dan Rusia) yang menemukan bahwa stereotip konspirasi untuk keempat kelompok tersebut memiliki korelasi positif yang kuat satu sama lain dan keyakinan konspirasi terhadap semua kelompok tersebut secara positif berkaitan dengan ide-ide paranoid. Selain berhubungan dengan ide-ide paranoid, Bentall (2000) menemukan hubungan antara kepercayaan paranormal dan delusi dan mengungkapkan bahwa kedua jenis pemikiran tersebut menyebabkan terjadinya bias penalaran saat individu saat mengolah suatu informasi.

Peran Gaya Kognitif

Gaya kognitif adalah kecenderungan individu untuk memperoleh dan memproses informasi dengan cara yang masing-masing secara unik. Kozhevnikov (2007) mengungkapkan bahwa gaya kognitif merupakan pendekatan secara umum yang dimiliki individu ketika berhadapan dengan dunia dengan cara yang fleksibel dan akurat. Individu akan mengembangkan gaya kognitif yang khas berdasarkan interaksi yang kompleks antara pengalaman yang mereka alami dengan kemampuan yang mereka miliki.

Pada umumnya, gaya kognitif diklasifikasikan digolongkan menjadi dua yakni kecenderungan untuk berpikir analitis (atau rasional) versus intuitif. Pemikiran analitik/rasional relatif lambat, eksplisit, berusaha dan berorientasi pada detail. Sementara itu, pemikiran intuitif biasanya relatif cepat, implisit, mudah dan berfokus pada hal yang lebih luas dan lebih umum (Norris & Epstein, 2011; Dagnall dkk., 2015). Kedua gaya berpikir ini dapat memprediksikan keyakinan individu pada berbagai topik seperti takhayul, pseudosains, paranormal, berbagai

hal yang tidak masuk akal (Aarnio & Lindeman, 2005; Pennycook dkk., 2015). Gaya berpikir ini pada akhirnya dapat memprediksikan kecenderungan individu dalam meyakini teori konspirasi.

Swami dkk., (2014) menemukan bahwa keyakinan konspiratif berkorelasi positif dengan gaya kognitif intuitif dan berkorelasi negatif dengan gaya kognitif analitik. Prooijen (2017) juga menemukan korelasi negatif antara pemikiran analitik dan keyakinan konspiratif dan menjelaskan mengapa orang yang lebih berpendidikan cenderung memiliki keyakinan yang rendah terhadap teori konspirasi.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa pemikiran analitik pada umumnya akan dapat menekan keyakinan konspiratif; sedangkan pemikiran intuitif justru mendorong tumbuhnya keyakinan tersebut. Orang-orang yang cenderung bergantung pada informasi umum untuk dalam melihat dunia cenderung lebih percaya banyak teori konspiratif; sedangkan orang-orang yang cenderung berpikir dengan hati-hati, eksplisit, dan rasional cenderung kurang percaya dengan teori konspirasi. Hal ini tampak jelas terjadi pada pemikiran lain seperti misalnya keyakinan paranormal.

Peran Pandangan terhadap Dunia

Ada dua pandangan mengenai dunia yang berhubungan dengan keyakinan terhadap teori konspirasi, yakni keyakinan mengenai dunia sebagai tempat yang berbahaya, atau sebagai rimba yang kompetitif atau penuh dengan persaingan (Wilson & Rose, 2014; Rose, 2017). Keyakinan mengenai dunia sebagai tempat yang berbahaya dapat didefinisikan sebagai pandangan bahwa dunia adalah tempat yang berbahaya dan mengancam, di mana nilai-nilai kebaikan yang dimiliki oleh orang-orang baik terancam oleh adanya orang-orang yang jahat (Duckitt dkk., 2002). Menurut pandangan dunia ini, orang-orang pada dasarnya berbahaya sehingga tidak layak dipercaya. Ada banyak penelitian yang menunjukkan bahwa mereka yang cenderung percaya pada teori konspirasi merasa bahwa mereka hidup di dunia berbahaya (Rose, 2017; Leone dkk., 2019; Moulding dkk., 2016). Orang yang meyakini adanya teori konspirasi tidak hanya menganggap bahwa mereka hidup di dunia yang berbahaya, tetapi

juga mendukung pandangan simplisistik Manichean yang melihat politik seperti medan perang antara pihak yang secara mutlak jahat dengan pihak yang secara mutlak baik (Oliver & Wood, 2014b; Green & Douglas, 2018)

Pandangan mengenai dunia berhubungan dengan beberapa karakter yang dimiliki individu yang memiliki keyakinan terhadap teori konspirasi. Misalnya, kepercayaan pada dunia sebagai lingkungan yang berbahaya berhubungan dengan rendahnya tingkat kepercayaan interpersonal yang merupakan karakter yang dimiliki oleh mereka yang meyakini adanya teori konspirasi. Selain itu, menurut Bruder dkk. (2013), rendahnya tingkat keramahan individu terhadap orang lain yang ditemukan pada mereka yang cenderung meyakini adanya teori konspirasi bisa menjadi strategi bertahan bagi mereka yang percaya bahwa dunia adalah tempat yang berbahaya dan mengancam.

Orang-orang yang mendukung teori konspirasi cenderung percaya tidak hanya bahwa dunia berbahaya, tetapi juga bahwa itu adalah hutan rimba yang penuh dengan kompetisi atau persaingan di mana yang kuat mendominasi yang lemah (Wilson & Rose, 2014; Rose, 2017). Kepercayaan bahwa dunia adalah hutan rimba yang penuh persaingan adalah pandangan dunia yang ditandai oleh keyakinan bahwa lingkungan sosial yang didiami saat ini adalah lingkungan yang brutal dan amoral di mana orang terus berjuang keras untuk mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan (Duckitt dkk., 2002).

Selain berhubungan dengan karakter kepribadian dan berbagai pandangan ideologis, pandangan mengenai dunia sebagai rimba yang kompetitif juga terkait dengan orientasi dominasi sosial. Orientasi dominansi sosial adalah sikap sosial umum yang ditandai dengan kecenderungan individu untuk lebih menyetujui adanya hubungan yang bersifat hirarkis (bukan setara) antar kelompok, serta kecenderungan untuk melihat kelompok sendiri lebih dominan dan lebih unggul dari kelompok-kelompok lain (Pratto dkk., 1994). Seperti halnya gagasan bahwa pandangan bahwa dunia merupakan rimba yang kompetitif relevan dengan mentalitas konspirasi, orientasi terhadap dominansi sosial juga cenderung menunjukkan korelasi yang kuat dengan keyakinan dalam teori konspirasi (Bruder dkk., 2013 ; Wilson & Rose, 2014; Rose, 2017; Green & Douglas, 2018; Wood & Gray, 2019).

Berbagai Dampak Keyakinan Konspiratif

Sebenarnya, dalam beberapa hal, teori konspirasi juga memberikan efek yang dapat dikatakan menguntungkan. Misalnya, dalam bidang politik, adanya teori konspirasi dapat meningkatkan transparansi para pemimpin politik dan membuka perdebatan dalam masyarakat tentang topik-topik penting. Namun demikian, sebagian besar efek teori konspirasi dipandang lebih negatif, baik bagi mereka yang mempercayainya, mereka yang menjadi sasarannya, maupun lingkungan sosial serta fisik di mana individu-individu tersebut berada. Memahami dinamika dan akar psikologis dari teori konspirasi akan menjadi cara yang bermanfaat untuk mengantisipasi dampak-dampak negatif yang ditimbulkannya (Prooijen, 2018). Jolley dkk. (2020) mengungkapkan lima area yang terkait dengan dampak atau konsekuensi negatif munculnya keyakinan terhadap adanya teori konspirasi. Kelima area tersebut adalah area psikologis, polarisasi sikap, politis, ilmu pengetahuan, dan kehidupan sehari-hari.

Dampak Psikologis

Muncul dan berkembangnya keyakinan terhadap adanya teori konspirasi, menurut Douglas dkk. (2017), pertama-tama berfungsi untuk memberikan pemuasan terhadap kebutuhan psikologis individu yang meyakininya. Hal ini terjadi misalnya ketika individu mengalami tekanan psikologis akibat kondisi eksternal yang menakutkan dan penuh dengan ketidakpastian, seperti halnya pandemi Covid-19 yang dialami oleh hampir semua orang di seluruh dunia saat ini.

Akan tetapi, sungguhkah dimilikinya keyakinan terhadap adanya teori konspirasi ini dapat menyelesaikan masalah tekanan psikologis yang dialami individu tersebut? Pada kenyataannya, teori konspirasi lebih menghalangi terpenuhinya kebutuhan psikologis dibanding membantu individu untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan tersebut. Teori konspirasi ternyata lebih menambah perasaan negatif seperti merasa tidak berdaya dan kecewa, tidak pasti, tidak percaya, dan melakukan penyimpangan dibanding mengurangi perasaan-perasaan tersebut. Oleh karenanya dibanding mengurangi perasaan negatif, teori

konspirasi seringkali justru membuatnya menjadi lebih buruk (Douglas dkk., 2017; Jolley, Meleady, dkk., 2020).

Dampak terhadap Polarisasi dan Perubahan Sikap

Keyakinan terhadap teori konspirasi tidak muncul begitu saja dalam diri individu. Keyakinan ini akan diawali dengan munculnya berbagai informasi eksternal yang kemudian diserap oleh individu, dan kemudian pada gilirannya akan mengubah individu tersebut dalam berpikir. Perubahan cara berpikir ini selanjutnya akan mendorong pada terjadinya perubahan dalam sikap yang dimiliki oleh individu. Ketika kemudian informasi-informasi eksternal ini terus hadir secara terus menerus, maka perubahan sikap yang telah dibentuk sebelumnya akan mengalami polarisasi atau penguatan sehingga selanjutnya akan membentuk sikap tertentu dalam posisi yang semakin lama menjadi semakin kuat (Viren Swami dkk., 2013).

Mereka yang telah terekspos dengan berbagai informasi yang dipengaruhi oleh teori konspirasi cenderung akan membangun narasi konspiratif ketika melihat adanya suatu kejadian tertentu. Misalnya saja, dalam beberapa penelitian yang dilakukan, subjek yang sebelumnya telah terekspos oleh informasi yang dipengaruhi oleh ide konspiratif akan cenderung membangun narasi konspiratif saat menyoroti beberapa kejadian populer misalnya pendaratan di bulan (Jolley, Mari, dkk., 2020), pembunuhan John F. Kennedy (Butler dkk., 1995) dan kecelakaan yang dialami Putri Diana (Douglas & Sutton, 2008)

Terkait dengan dampaknya di area polarisasi dan perubahan sikap, keyakinan akan adanya teori konspirasi, yang pada saat ini bisa menyebar dengan mudah lewat media sosial daring, berpotensi membentuk munculnya bias konfirmasi. Bias konfirmasi adalah kecenderungan seseorang untuk memilih informasi hanya yang sesuai dengan apa yang diyakininya dan menolak atau menghindari informasi lain yang berlawanan dengannya. Del Vicario (2016) mengungkapkan bahwa bias konfirmasi bertanggung jawab terhadap terjadinya agregasi atau pengelompokan individu dalam suatu masyarakat lewat adanya cara pandang yang sama mengenai dunia yang didiami. Masyarakat yang mengalami agregasi tersebut umumnya memiliki karakter khusus berupa polarisasi dan

homogenitas kelompok yang kuat.

Dampak terhadap Dunia Politik

Mereka yang mempercayai adanya teori konspirasi dalam area politik memiliki keyakinan mengenai adanya kelompok-kelompok dengan kekuatan dominan yang terlibat dalam pembuatan rencana rahasia yang jahat. Mereka bisa saja meyakini bahwa kelompok yang dipandang sebagai konspirator ini adalah pemerintah, tetapi juga bisa kelompok-kelompok di luar lembaga pemerintahan. Misalnya, yang cukup populer di banyak kalangan adalah Kelompok Orang Yahudi (Golec de Zavala & Cichocka, 2012). Oleh karenanya, seperti yang ditemukan oleh Einstein dan Glick (2015), keyakinan konspiratif mengurangi kepercayaan terhadap lembaga-lembaga pemerintah. Keyakinan ini selanjutnya berkontribusi pada kecurigaan dan menurunnya kepercayaan yang diperlukan antara warga negara dan pemerintah pusat, sehingga dapat membahayakan seluruh sistem demokrasi. Hal inilah yang seringkali mempersulit pemerintah saat berusaha menggerakkan keterlibatan warganya dalam berbagai program termasuk program yang berkaitan dengan kesehatan, misalnya program vaksinasi.

Dampak merugikan dari adanya keyakinan konspiratif di area politik ini adalah timbulnya sikap apatis dalam kehidupan politik, dan munculnya prasangka pada pihak lain termasuk pemerintah dan partai politik. Dalam bukunya mengenai perilaku politik, Uscinski dan Parent (2014) mengemukakan bahwa pemikiran konspiratif akan mendorong munculnya perilaku apatis berupa penolakan untuk melakukan aktivitas politik seperti menggunakan hak pilih, menyumbang atau berkontribusi ke partai politik, dan memasang atribut politik

Hal yang sama disampaikan oleh Jolley dan Douglas (2014b). Mereka menemukan bahwa peserta yang terekspos teori konspirasi lebih kecil kemungkinannya untuk terlibat dalam aktivitas politik (misalnya dalam pemungutan suara) dibandingkan dengan mereka yang telah membaca informasi dan berbagai argumen yang berlawanan dengan teori konspirasi terkait dengan pemerintahan. Dalam penelitiannya, hubungan kedua hal ini dimediasi oleh perasaan tidak berdaya secara politis.

Meskipun demikian, keyakinan akan adanya teori konspirasi juga dapat

mendorong individu untuk menjadi aktif secara politis. Aktivitas individu dalam politik tentunya dilakukan dengan cara yang spesifik seperti mengorganisir gerakan untuk mengajukan protes (Imhoff & Bruder, 2014), terlibat dalam tindakan politik ilegal yang digerakkan oleh adanya emosi marah seperti menduduki bangunan penting (Mari dkk., 2017). Aktivitas yang dilakukan ini didorong oleh tuduhan akan adanya konspirasi yang merugikan sehingga mereka termotivasi melakukan sesuatu untuk mencegah dan melawan adanya konspirasi yang mereka yakini tersebut. Jadi, adanya keyakinan konspiratif di area politik dapat membentuk sikap apatis, namun juga dapat mendorong dilakukannya suatu tindakan politik tertentu yang didasari oleh keyakinan tersebut

Kuatnya keyakinan terhadap suatu teori konspirasi juga terbukti memperburuk hubungan antar kelompok dalam suatu masyarakat. Swami (2012) menunjukkan bahwa, pada penelitiannya di Malaysia, kepercayaan terhadap adanya teori konspirasi Orang Yahudi berhubungan dengan sikap rasis yang lebih besar terhadap kelompok lain yakni warga negara Cina. Hasil yang sama juga didapatkan oleh Golec de Zavala dan Cichocka (2012) dalam penelitiannya. Mereka menemukan bahwa keyakinan konspiratif tentang dominasi Yahudi di dunia terkait dengan sikap antisemitisme. Di samping itu, Pettigrew (2009) menemukan bahwa paparan teori konspirasi Yahudi tidak hanya meningkatkan prasangka terhadap orang-orang Yahudi, tetapi juga secara tidak langsung meningkatkan prasangka terhadap berbagai kelompok-kelompok lainnya seperti Amerika, Asia dan Arab. Efek ini terjadi melalui peningkatan prasangka terhadap kelompok sekunder melalui prasangka terhadap kelompok primer yang berada di pusat teori konspirasi. Seperti yang ditemukan dalam penelitian Imhoff dan Bruder (2014), keyakinan konspiratif adalah prediktor yang signifikan bagi munculnya prasangka terhadap berbagai kelompok-kelompok yang diyakini memiliki dominasi kekuatan (misalnya Yahudi, Amerika, kapitalis). Oleh karenanya, dapat disimpulkan teori konspirasi dapat memiliki dampak negatif yang luas pada hubungan antar kelompok karena memicu timbulnya prasangka dan diskriminasi serta tindak kekerasan terhadap kelompok lain.

Dampak terhadap Ilmu Pengetahuan

Teori konspirasi juga dapat merupakan ancaman dalam area pemikiran ilmiah. Misalnya, yang cukup populer, adalah adanya keyakinan konspiratif bahwa ilmuwan yang mempelajari perubahan iklim telah memalsukan data untuk mendapatkan dana penelitian (Douglas & Sutton, 2015). Keyakinan ini berpotensi negatif ketika orang-orang kemudian bertindak berdasarkan keyakinan mereka sendiri dan tidak peduli dengan fenomena perubahan iklim. Jolley dan Douglas (2014b) mengungkapkan bahwa keyakinan konspiratif mengenai perubahan iklim mengurangi motivasi mereka yang meyakininya untuk terlibat dalam perilaku yang ramah lingkungan seperti efisiensi energi. Gagasan konspiratif bahwa informasi mengenai perubahan iklim adalah kebohongan secara langsung meningkatkan ketidakberdayaan dan ketidakpastian dalam menghadapi perubahan iklim. Van der Linden (2015) menemukan bahwa peserta yang terkena video konspirasi tentang pemanasan global kurang termotivasi untuk menandatangani petisi dalam rangka membantu mengurangi pemanasan global, dibandingkan dengan peserta yang menyaksikan video inspiratif yang mendukung pencegahan pemanasan global.

Teori konspirasi juga telah terbukti berdampak pada pilihan pengobatan medis. Sebagai contoh, para peneliti telah menunjukkan bahwa ada peningkatan sikap negatif terhadap perilaku kontrasepsi (misalnya menggunakan kondom) dari mereka yang meyakini adanya teori konspirasi mengenai genosida terhadap orang Afrika-Amerika lewat pengendalian kelahiran dan isu HIV/AIDS (Bogart & Thorburn, 2006)

Di area kesehatan lainnya, para peneliti menemukan bahwa keyakinan terhadap teori konspirasi terkait dengan bahaya vaksin telah mengurangi keinginan orangtua untuk memberikan vaksinasi pada anak-anaknya. Jolley dan Douglas (2014a) menemukan bahwa teori konspirasi memunculkan kecurigaan mengenai bahaya vaksinasi yang dirasakan dan membuat orang merasa tidak berdaya, kecewa dan tidak percaya, serta mengarah pada keinginan yang lebih rendah untuk memberikan vaksinasi terhadap anak-anaknya. Oliver dan Wood (2014) menemukan bahwa orang-orang yang mendukung teori konspirasi mengenai vaksin cenderung menggunakan cara tradisional saat anak mengalami

sakit seperti suntikan ketika flu dan lebih mempercayai saran medis dari orang-orang yang tidak berprofesi di area medis, seperti saran dari teman dan keluarga. Lamberty dan Imhoff (2018) menemukan bahwa keyakinan konspiratif dikaitkan dengan sikap yang lebih positif terhadap pengobatan alternatif dan komplementer dan sikap yang lebih negatif terhadap pendekatan biomedis.

Dampak dalam Kehidupan Sehari-hari

Teori konspirasi dapat mempengaruhi bagaimana individu berperilaku dalam pekerjaan sehari-hari dan kehidupan sosial mereka. Kepercayaan pada teori konspirasi terkait dengan organisasi terkait dengan dimilikinya keyakinan bahwa ada kelompok kuat dalam organisasi yang bertindak secara rahasia untuk mencapai tujuan dengan memanfaatkan karyawan. Keyakinan ini terbukti memberikan dampak yang merugikan di tempat kerja. Secara khusus, van Prooijen dan de Vries (2016) menemukan bahwa keyakinan konspirasi dalam organisasi meningkatkan keinginan untuk keluar dari tempat bekerja karena adanya penurunan komitmen terhadap organisasi.

Teori konspirasi juga dapat menyebabkan orang mengabaikan norma sosial sehingga mereka akan cenderung terlibat dalam perilaku yang melanggar dari norma sosial. Dalam sebuah studi di Inggris, Karstedt dan Farrall (2006) menemukan bahwa keyakinan konspiratif dapat menjadi prediktor dari munculnya tindak pelanggaran hukum sehari-hari yang merupakan pelanggaran umum yang dilakukan kebanyakan orang, seperti melanggar lampu merah dan menghindari membayar pajak. Keyakinan konspiratif, bersama dengan prediktor kepribadian lain (misalnya kejujuran-kerendahan hati), dapat menjadi prediktor terhadap peningkatan kecenderungan melakukan kejahatan sehari-hari.

Strategi Menghambat Berkembangnya Keyakinan Konspiratif

Seperti yang disampaikan sebelumnya, penelitian Swami dkk., (2014) dan Prooijen (2017) menunjukkan bahwa keyakinan konspiratif berhubungan positif dengan gaya kognitif intuitif. Artinya, mereka yang memiliki gaya kognitif analitik akan cenderung tidak mempercayai teori konspirasi. Berdasarkan

temuan ini, manipulasi eksperimental yang dirancang untuk mengaktifkan pemikiran analitik tampaknya efektif dilakukan untuk mengurangi keyakinan konspiratif tersebut. Dalam eksperimennya, Gervais dan Norenzayan (2012) dan Uhlmann dkk., (2011) menemukan bahwa pengaktifan pemikiran analitik efektif mengurangi kepercayaan pada teori konspirasi. Hipotesis yang menyatakan bahwa pemikiran analitik mengurangi ide konspirasi konsisten dengan penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya (Banas & Miller, 2013; Viren Swami dkk., 2013)

Meskipun pada umumnya keyakinan dalam teori konspirasi dianggap sulit berubah, membangkitkan pemikiran analitik dapat mengurangi berkembangnya keyakinan terhadap teori konspirasi, setidaknya dalam jangka pendek.

Kesimpulan

Dampak berkembangnya keyakinan terhadap teori konspirasi pada masa pandemi ini bukanlah hal yang dapat dikesampingkan begitu saja. Program pemerintah untuk mencegah berlanjutnya Pandemi Covid-19, misalnya lewat vaksinasi, sangat mungkin terhambat oleh munculnya gerakan anti vaksin yang kemunculannya didorong oleh berkembangnya keyakinan terhadap teori konspirasi dalam masyarakat. Jika pemerintah dan para pembuat kebijakan hendak mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan dari berkembangnya keyakinan terhadap teori konspirasi dalam masyarakat, langkah awal yang bisa dilakukan adalah mendorong program pengembangan keterampilan berpikir kritis dan analitik

Di Indonesia, program ini pertama-tama dapat dilakukan lewat jalur pendidikan formal melalui kurikulum yang mendukung pembelajaran berpikir kritis dan analitik. Sayangnya, hal ini tampaknya bukan menjadi prioritas penting karena kalah dengan kepentingan untuk mendapatkan nilai baik, peringkat (*ranking*) tertinggi, dan perburuan sekolah favorit. Jalur yang lain adalah jalur di luar pendidikan informal dan formal baik lewat pendidikan dalam keluarga maupun kelompok-kelompok masyarakat yang lebih luas. Hadirnya

media informasi daring dapat dimanfaatkan untuk mendukung program pengembangan ketrampilan berpikir kritis dan analitik khususnya ketika hendak menyasar kelompok masyarakat yang lebih luas secara cepat dan efisien.

Tentu saja, karena keyakinan konspiratif ini berhubungan dengan banyak hal selain gaya kognitif, ada hal-hal lain juga yang dapat dilakukan untuk mengurangi berkembangnya keyakinan tersebut di dalam masyarakat. Akan tetapi, pengembangan keterampilan berpikir kritis dan analitik ini dapat menjadi langkah awal yang tampaknya menjanjikan.

Daftar Pustaka

Aarnio, K., & Lindeman, M. (2005). Paranormal beliefs, education, and thinking styles. *Personality and individual differences*, *39*(7), 1227–1236.

Abalakina-Paap, M., Stephan, W. G., Craig, T., & Gregory, W. L. (1999). Beliefs in conspiracies. *Political Psychology*, *20*(3), 637–647.

Ahmed, W., Vidal-Alaball, J., Downing, J., & Seguí, F. L. (2020). COVID-19 and the 5G conspiracy theory: Social network analysis of Twitter data. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(5), e19458.

Andrade, G. (2020). Medical conspiracy theories: Cognitive science and implications for ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *23*, 505-518.

Banas, J. A., & Miller, G. (2013). Inducing resistance to conspiracy theory propaganda: Testing inoculation and metainoculation strategies. *Human Communication Research*, *39*(2), 184–207.

Bentall, R. P. (2000). Research into psychotic symptoms: Are there implications for parapsychologists? *European Journal of Parapsychology*, *15*, 79–88.

Bogart, L. M., & Thorburn, S. (2006). Relationship of African Americans' sociodemographic characteristics to belief in conspiracies about HIV/AIDS and birth control. *Journal of the National Medical Association*, *98*(7), 1144.

Bruder, M., Haffke, P., Neave, N., Nouripanah, N., & Imhoff, R. (2013). Measuring individual differences in generic beliefs in conspiracy theories across cultures: Conspiracy Mentality Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, *4*, 225.

Butler, L. D., Koopman, C., & Zimbardo, P. G. (1995). The psychological impact of viewing the film" JFK": Emotions, beliefs, and political behavioral intentions. *Political Psychology*, *16*(2), 237–257.

Dagnall, N., Drinkwater, K., Parker, A., Denovan, A., & Parton, M. (2015). Conspiracy theory and cognitive style: A worldview. *Frontiers in Psychology*, *6*, 206.

Del Vicario, M., Bessi, A., Zollo, F., Petroni, F., Scala, A., Caldarelli, G., Stanley, H. E., & Quattrociocchi, W. (2016). The spreading of misinformation

online. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *113*(3), 554–559.

Douglas, K. M., & Sutton, R. M. (2008). The hidden impact of conspiracy theories: Perceived and actual influence of theories surrounding the death of Princess Diana. *The Journal of Social Psychology*, *148*(2), 210–222.

Douglas, K. M., & Sutton, R. M. (2015). Climate change: Why the conspiracy theories are dangerous. *Bulletin of the Atomic Scientists*, *71*(2), 98–106.

Douglas, K. M., Sutton, R. M., & Cichocka, A. (2017). The psychology of conspiracy theories. *Current Directions in Psychological Science*, *26*(6), 538–542. https://doi.org/10.1177/0963721417718261

Dube, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: Influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines*, *14*(1), 99–117.

Duckitt, J., Wagner, C., du Plessis, I., & Birum, I. (2002). The psychological bases of ideology and prejudice: Testing a dual process model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(1), 75–93. https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.1.75

Einstein, K. L., & Glick, D. M. (2015). Do I think BLS data are BS? The consequences of conspiracy theories. *Political Behavior*, *37*(3), 679–701.

Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., & Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *The British Journal of Psychiatry*, *186*(5), 427–435.

Galliford, N., & Furnham, A. (2017). Individual difference factors and beliefs in medical and political conspiracy theories. *Scandinavian Journal of Psychology*, *58*(5), 422–428.

Georgiou, N., Delfabbro, P., & Balzan, R. (2020). COVID-19-related conspiracy beliefs and their relationship with perceived stress and pre-existing conspiracy beliefs. *Personality and individual differences*, *166*, 110201.

Gervais, W. M., & Norenzayan, A. (2012). Analytic thinking promotes religious disbelief. *Science*, *336*(6080), 493–496.

Goertzel, T. (1994). Belief in conspiracy theories. *Political Psychology*, 731–742.

Golec de Zavala, A., & Cichocka, A. (2012). Collective narcissism and anti-Semitism in Poland. *Group Processes & Intergroup Relations*, *15*(2), 213–229.

Green, R., & Douglas, K. M. (2018). Anxious attachment and belief in conspiracy theories. *Personality and Individual Differences*, *125*, 30–37.

Grzesiak-Feldman, M., & Ejsmont, A. (2008). Paranoia and conspiracy thinking of Jews, Arabs, Germans, and Russians in a Polish sample. *Psychological Reports*, *102*(3), 884–886.

Holm, N. (2009). Conspiracy theorizing surveillance: Considering modalities of paranoia and conspiracy in surveillance studies. *Surveillance & Society*, *7*(1), 36–48.

Honda, H., Shimizu, Y., & Rutter, M. (2005). No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(6), 572–579.

Imhoff, R., & Bruder, M. (2014). Speaking (un-) truth to power: Conspiracy mentality as a generalised political attitude. *European Journal of Personality*, *28*(1), 25–43.

Imhoff, R., & Lamberty, P. (2018). How paranoid are conspiracy believers? Toward a more fine-grained understanding of the connect and disconnect between paranoia and belief in conspiracy theories. *European Journal of Social Psychology*, *48*(7), 909–926.

Jihad, A. (2020, Juli 28). Perjalanan Pandemi Covid-19 di Indonesia, Lebih dari 100.000 Kasus dalam 5 Bulan. *KOMPAS.com*. https://www.kompas.com/tren/read/2020/07/28/060100865/perjalanan-pandemi-covid-19-di-indonesia-lebih-dari-100.000-kasus-dalam-5?page=all

Jolley, D., & Douglas, K. M. (2014a). The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *PLoS ONE, 9*(2), e89177.

Jolley, D., & Douglas, K. M. (2014b). The social consequences of conspiracism: Exposure to conspiracy theories decreases intentions to engage in politics and to reduce one's carbon footprint. *British Journal of Psychology*, *105*(1), 35–56.

Jolley, D., Mari, S., & Douglas, K. M. (2020). Consequences of conspiracy

theories. In M. Butter & P. Knight (Eds), *Routledge handbook of conspiracy theories* (pp. 231-241). Routledge.

Jolley, D., Meleady, R., & Douglas, K. M. (2020). Exposure to intergroup conspiracy theories promotes prejudice which spreads across groups. *British Journal of Psychology*, *111*(1), 17–35.

Karstedt, S., & Farrall, S. (2006). The moral economy of everyday crime: Markets, consumers and citizens. *British Journal of Criminology*, *46*(6), 1011–1036.

Kozhevnikov, M. (2007). Cognitive styles in the context of modern psychology: Toward an integrated framework of cognitive style. *Psychological bulletin*, *133*(3), 464.

Lantian, A., Wood, M., & Gjoneska, B. (2020). Personality traits, cognitive styles and worldviews associated with beliefs in conspiracy theories. In M. Butter & P. Knight (Eds.), *Routledge handbook of conspiracy theories* (pp. 155-166). Routledge.

Leone, L., Giacomantonio, M., & Lauriola, M. (2019). Moral foundations, worldviews, moral absolutism and belief in conspiracy theories. *International Journal of Psychology*, *54*(2), 197–204.

Madsen, K. M., Hviid, A., Vestergaard, M., Schendel, D., Wohlfahrt, J., Thorsen, P., Olsen, J., & Melbye, M. (2002). A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine*, *347*(19), 1477–1482.

Mari, S., Volpato, C., Papastamou, S., Chryssochoou, X., Prodromitis, G., & Pavlopoulos, V. (2017). How political orientation and vulnerability shape representations of the economic crisis in greeceand Italy. *International Review of Social Psychology, 30*(1), 52-67

Meehl, P. E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, *4*(1), 1–99.

Moulding, R., Nix-Carnell, S., Schnabel, A., Nedeljkovic, M., Burnside, E. E., Lentini, A. F., & Mehzabin, N. (2016). Better the devil you know than a world you don't? Intolerance of uncertainty and worldview explanations for belief in conspiracy theories. *Personality and Individual Differences*, *98*, 345–354.

Norris, P., & Epstein, S. (2011). An experiential thinking style: Its facets and relations with objective and subjective criterion measures. *Journal of Personality*, *79*(5), 1043–1080.

Novena, M. (2020, Maret 28). Pasien pertama Covid-19 ditemukan, bantu lacak sumber virus Corona. *KOMPAS.com*. https://www.kompas.com/sains/read/2020/03/18/140300223/pasien-pertama-covid-19-ditemukan-bantu-lacak-sumber-virus-corona

Oberhauser, C. (2020). Freemasons, Illuminati and Jews: Conspiracy theories and the French Revolution. In M. Butter & P. Knight (Eds), *Routledge handbook of conspiracy theories* (pp. 555-568). Routledge.

Oliver, J. E., & Wood, T. (2014a). Medical Conspiracy Theories and Health Behaviors in the United States. *JAMA Internal Medicine*, *174*(5), 817–818. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.190

Oliver, J. E., & Wood, T. J. (2014b). Conspiracy theories and the paranoid style(s) of mass opinion. *American Journal of Political Science*, *58*(4), 952–966.

Pagán, V. E. (2020). Conspiracy theories in the roman empire. In M. Butter & P. Knight (Eds). *Routledge handbook of conspiracy theories* (pp. 531-541). Routledge.

Pennycook, G., Cheyne, J. A., Barr, N., Koehler, D. J., & Fugelsang, J. A. (2015). On the reception and detection of pseudo-profound bullshit. *Judgment and Decision making*, *10*(6), 549–563.

Pettigrew, T. F. (2009). Secondary transfer effect of contact: Do intergroup contact effects spread to noncontacted outgroups? *Social Psychology*, *40*(2), 55.

Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(4), 741-763.

Prooijen, J.-W. (2018). *The psychology of conspiracy theories* (1 edition). Routledge.

Rachmawati. (2020, April 1). Wabah Virus Corona, warga sortir pendatang dan karantina mandiri untuk cegah penyebaran Covid-19. https://yogyakarta.kompas.com/read/2020/04/01/15050041/wabah-virus-corona-warga-sortir-pendatang-dan-karantina-mandiri-untuk-

cegah?page=all

Ramsay, R. (2012). *Conspiracy theories*. Oldcastle Books.

Rose, C. (2017). *The measurement and prediction of conspiracy beliefs*. Unpublised doctoral thesis, Victoria University of Wellington. http://researcharchive.vuw.ac.nz/handle/10063/6420

Rosnow, R. L. (1991). Inside rumor: A personal journey. *American Psychologist*, *46*(5), 484-496.

Swami, V, & Furnham, A. (2014). Political paranoia and conspiracy theories. In J. -P. Prooijen, & P. A. M. van Lange (Eds.), *Power, politics, and paranoia: Why people are suspicious of their leaders* (pp. 218–236). Cambridge: Cambridge University Press.

Swami, V. (2012). Social psychological origins of conspiracy theories: The case of the Jewish conspiracy theory in Malaysia. *Frontiers in Psychology*, *3*, 280.

Swami, V., Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2010). Unanswered questions: A preliminary investigation of personality and individual difference predictors of 9/11 conspiracist beliefs. *Applied Cognitive Psychology*, *24*(6), 749–761.

Swami, V., Coles, R., Stieger, S., Pietschnig, J., Furnham, A., Rehim, S., & Voracek, M. (2011). Conspiracist ideation in Britain and Austria: Evidence of a monological belief system and associations between individual psychological differences and real-world and fictitious conspiracy theories. *British Journal of Psychology*, *102*(3), 443–463.

Swami, V., Pietschnig, J., Tran, U. S., Nader, I. W., Stieger, S., & Voracek, M. (2013). Lunar lies: The impact of informational framing and individual differences in shaping conspiracist beliefs about the moon landings. *Applied Cognitive Psychology*, *27*(1), 71–80.

Swami, V., Voracek, M., Stieger, S., Tran, U. S., & Furnham, A. (2014). Analytic thinking reduces belief in conspiracy theories. *Cognition*, *133*(3), 572–585. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2014.08.006

Uhlmann, E. L., Poehlman, T. A., Tannenbaum, D., & Bargh, J. A. (2011). Implicit Puritanism in American moral cognition. *Journal of Experimental Social Psychology*, *47*(2), 312–320.

Uscinski, J. E., & Parent, J. M. (2014). *American conspiracy theories*. Oxford University Press.

Van der Linden, S. (2015). The conspiracy-effect: Exposure to conspiracy theories (about global warming) decreases pro-social behavior and science acceptance. *Personality and Individual Differences*, *87*, 171–173.

van Prooijen, J.-W. (2017). Why education predicts decreased belief in conspiracy theories. *Applied Cognitive Psychology*, *31*(1), 50–58.

van Prooijen, J.-W., & de Vries, R. E. (2016). Organizational conspiracy beliefs: Implications for leadership styles and employee outcomes. *Journal of Business and Psychology*, *31*(4), 479–491.

Van Prooijen, J.-W., & Douglas, K. M. (2017). Conspiracy theories as part of history: The role of societal crisis situations. *Memory Studies*, *10*(3), 323–333.

Vitriol, J. A., & Marsh, J. K. (2018). The illusion of explanatory depth and endorsement of conspiracy beliefs. *European Journal of Social Psychology*, *48*(7), 955–969.

Wilson, M. S., & Rose, C. (2014). The role of paranoia in a dual-process motivational model of conspiracy belief. In J. -P. Prooijen, & P. A. M. van Lange (Eds.), *Power, politics, and paranoia: Why people are suspicious of their leaders* (pp. 273–291). Cambridge: Cambridge University Press.

Wood, M. J., & Gray, D. (2019). Right-wing authoritarianism as a predictor of pro-establishment versus anti-establishment conspiracy theories. *Personality and Individual Differences*, *138*, 163–166.

Zonis, M., & Joseph, C. M. (1994). Conspiracy thinking in the Middle East. *Political Psychology*, 443–459.

Zwierlein, C. (2020). Conspiracy theories in the Middle Ages and the Early Modern period. In M. Butter & P. Knight (Eds), *Routledge handbook of conspiracy theories* (pp. 542-554). Routledge.

Yohanes Heri Widodo. *Conspiracy Theories in Pandemic Times*. *The Covid-19 pandemic has hit all over the world including Indonesia. This pandemic has negative impacts in health, education, and the economy. Many countries then enforce social restrictions to prevent the widespread of pandemic. This situation leads psychological distress. On the situations, individuals will impose strategies to deal with the psychological problems. The mechanisms to deal with the psychological problems are classified as an effective and non-effective mechanism. Belief in conspiracy theories is the non-effective mechanism that was initially expected to solve problems but ultimately made it worse. Those who believe in conspiracy theories believe that they are threatened by a secret deal that comes from a group of people. There are three individual characters from the people those who have a tendency to believe conspiracy theories. They are personal character, cognitive styles, and the worldview. Conspiratorial beliefs have some negative consequences. The negative consequences have associated with psychological areas, attitude polarization, politics, science, and daily life. Therefore, conspiratorial beliefs need to be minimized. Development of critical thinking and analytical skills programs in various areas of education can be an effective way to minimize the conspiratorial beliefs.*

Bab 21. Ilmuwan Psikologi, Psikolog, Pemimpin Agama dan Spiritual: Kolaborasi dalam Penanganan Pandemi Covid-19

Andrian Liem

Pendahuluan

> Tiga klaster besar Covid-19 ditemukan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Tiga klaster ini berpangkal pada dua kegiatan agama. Hal ini disampaikan oleh pakar epidemiologi Riris Andono Ahmad dalam siaran pers Gugus Tugas Penanganan Covid-19 Pemda DIY, Jumat (1/5). "Saat ini ada tiga klaster besar yang dominan di DIY. Dua klaster terkait Jamaah Tabligh dan satu terkait kegiatan di GPIB (Gereja Protestan Indonesia Barat)," … (GATRA, 2020)

Selain itu, Niam juga menjelaskan tentang fatwa penyelenggaraan ibadah saat terjadi wabah Covid-19, sebagai panduan keagamaan bagi masyarakat khususunya muslim di Indonesia untuk tetap melakukan ibadah, sekaligus berkontribusi di dalam mencegah penyebaran covid-19. … Poin ketiga, yang sehat dan yang belum diketahui atau diyakini tidak terpapar Covid-19, harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut, yakni dalam hal ia berada di suatu kawasan yang potensi penularannya tinggi atau sangat tinggi, berdasarkan ketetapan pihak yang berwenang maka ia boleh meninggalkan salat Jumat dan menggantikannya dengan shalat zuhur di tempat kediaman, serta meninggalkan jamaah shalat lima waktu/rawatib, Tarawih, dan Ied di masjid atau tempat umum lainnya. … (Pikiran Rakyat, 2020)

Keuskupan Agung Jakarta mendukung upaya pemerintah menangani dan mencegah penyebaran virus corona (Covid-19). Oleh karena itu, seluruh gereka katolik diimbau tidak meniadakan misa peribadatan harian atau mingguan yang tentunya melibatkan banyak orang. "Gereja Katolik Indonesia merupakan bagian dari Negara Kesatuan Republik Indonesia siap bersama-sama melakukan bela negara dan cinta tanah air," ujar Sekretaris Jenderal Keuskupan Agung Jakarta … (Merdeka, 2020)

Tiga potongan berita di atas menunjukkan dua cerita yang berbeda selama pandemi *Coronavirus disease* 2019 (Covid-19) di Indonesia. Pada berita pertama, dikabarkan tentang bagaimana Covid-19 menyebar melalui kegiatan keagamaan. Sedangkan berita kedua dan ketiga mengabarkan tentang bagaimana peran lembaga keagamaan membantu dalam menekan laju penularan Covid-19. Walau dua cerita ini terdengar bertolak belakang, ketiga berita tersebut memiliki topik utama yang sama, yaitu agama dan spiritualitas di Indonesia.

Hal ini memperkuat gambaran bahwa agama dan spiritualitas, termasuk para tokoh atau pemimpinya, menjadi salah satu dasar kehidupan masyarakat Indonesia (Ropi, 2017). Hasil penelitian di antara psikolog klinis Indonesia juga menunjukkan bahwa sebagai tenaga kesehatan yang harus bersifat netral, mereka tidak dapat sepenuhnya mengesampingkan nilai dan kepercayaan agama yang dimiliki (Liem, 2020a). Berangkat dari kenyataan ini, penanganan Covid-19 harus memperhatikan aspek agama dan spiritualitas, yang mana ilmuwan psikologi, psikolog, serta pemimpin agama dan spiritual (penyembuh religius-spiritual) perlu berkolaborasi dalam usaha preventif dan kuratif.

Hasil penelitian Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia menemukan sekitar 64% masyarakat Indonesia memiliki masalah kecemasan atau depresi sebagai dampak dari pandemi Covid-19 (Tirto, 2020). Hal ini menunjukkan pentingnya intervensi psikologis dalam penanganan Covid-19 di Indonesia. Dalam intervensi psikologis tersebut, paradigma kesehatan holistik perlu dipakai dengan memasukkan unsur spiritualitas (Liem, 2020b). Artikel ini akan menjelaskan bagaimana kolaborasi antara ilmuwan psikologi, psikolog, serta pemimpin agama dan spiritual dapat dilakukan untuk mewujukan kesehatan yang holistik melalui empat bagian tulisan di bawah. Artikel kemudian ditutup dengan saran praktis mengenai tema riset dan intervensi sosial-kesehatan apa yang dapat menjadi fokus kolaborasi selama dan pascapandemi.

Agama, Spiritualitas, dan Kesehatan Mental

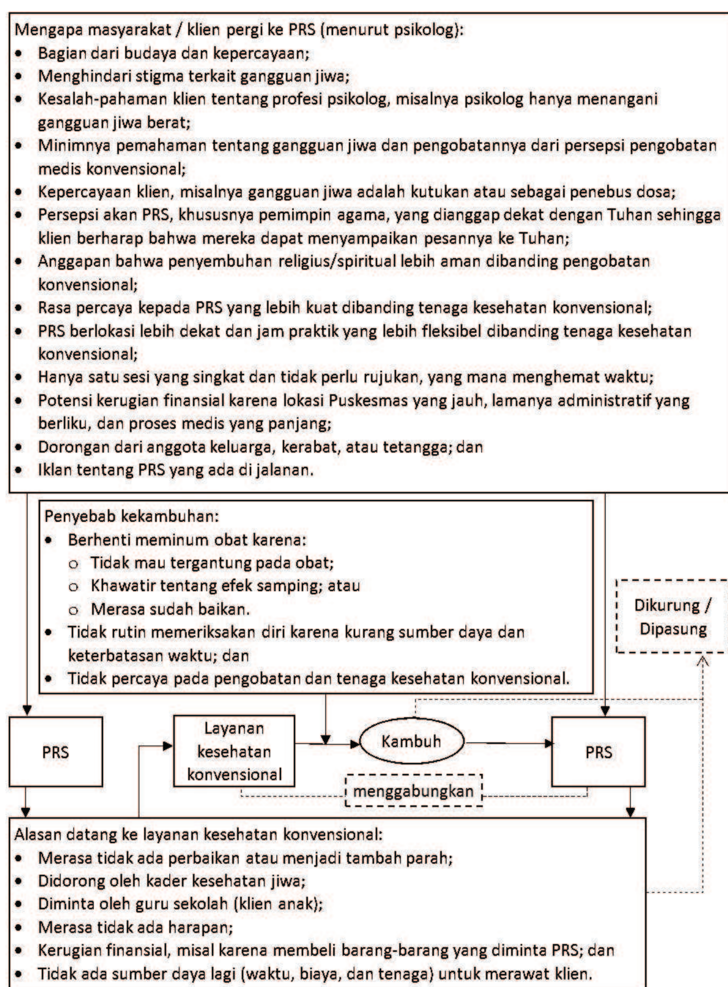
Agama dan spiritualitas, termasuk kepercayaan lokal, merupakan bagian dari kehidupan masyarakat Indonesia, yang merupakan warisan budaya sejak sebelum abad ke-8 (Ropi, 2017). Implikasinya, kepercayaan, sikap, dan

perilaku masyarakat yang terkait penyakit dan kesehatan ikut dipengaruhi agama dan spiritualitas. Sebagai contoh, psikolog yang menjadi partisipan penelitian tentang pengobatan komplementer dan alternatif menjelaskan bahwa masih umum dijumpai jika ada kliennya atau keluarga mereka yang berpikir bahwa penyakit fisik dan mental yang diderita disebabkan oleh kekuatan spiritual (Liem, 2020a).

Secara ilmiah, penelitian yang menggunakan agama dan spiritualitas sebagai bagian dari intervensi kesehatan menunjukkan hasil yang positif sehingga psikolog dapat memertimbangkan memasukkan aspek ini dalam rancangan intervensi mereka. Sebagai contoh, berdoa merupakan kegiatan yang ada di hampir semua agama dan aliran spiritual, yang praktiknya dapat berwujud dalam beragam teknik dan kondisi. Stuid-studi terdahulu tentang efektivitas doa pada kesehatan individu menemukan bahwa berdoa dapat memperlambat detak jantung dan menurunkan tekanan darah, yang mana membuat individu menjadi lebih santai (Liem, 2020a). Kondisi psikis yang lebih rileks dan perasaan damai dari perilaku keagamaan ini sangat berguna bagi pasien di unit paliatif atau individu yang memiliki penyakit kronis untuk meregulasi diri dan rasa sakit yang dialami (Deseret News, 2020). Walau demikian perlu diingat bagi psikolog yang mengintegrasikan agama dan spiritualitas ke dalam psikoterapi yang mereka berikan ke klien, penting untuk menjaga profesionalitas dengan tidak tidak memaksakan kepercayaan atau nilai-nilai yang dianutnya kepada klien.

Pada bidang kesehatan mental di Indonesia, agama dan spiritualitas dapat menjadi seperti pedang bermata dua. Di satu sisi, agama dan spiritualitas dapat menjadi faktor pelindung dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan jiwa klien (Ramakrishnan *et al.*, 2015). Misalnya misa/kebaktian pada hari Minggu dalam agama Katolik atau Kristen merupakan kesempatan untuk berkumpul dengan komunitas yang memfasilitasi aspek budaya kolektif masyarakat Indonesia. Akan tetapi di sisi lain, agama dan spiritualitas dapat menjadi faktor risiko untuk penanganan kesehatan jiwa yang efisien dan efektif. Misalnya, kepercayaan spiritual atau agama yang keliru tentang penyebab gangguan mental dapat membuat klien menunda mencari pertolongan dari professional dan dapat mendorong keluarga klien untuk memasung anggota

keluarganya di rumah karena rasa malu (Hartini, Fardana, Ariana, & Wardana, 2018). Pada Gambar 1 di bawah ini (Liem, 2020a), para psikolog partisipan pada studi tentang pengobatan alternatif menjelaskan dinamika bagaimana klien dan keluarganya dalam mengakses layanan kesehatan. Perilaku klien dan keluarganya dipengaruhi oleh agama dan spiritualitas sehingga mengunjungi penyembuh religius-spiritual (PRS) menjadi salah satu tindakan yang diambil oleh mereka dalam menangani gangguan mental selain mengunjungi layanan kesehatan medis konvensional.



Gambar 1. Dinamika klien dan keluarganya mengunjungi penyembuh religius-spiritual (PRS) dan layanan kesehatan konvensional

Agama, Spiritualitas, dan Penyebaran Covid-19

Paparan di bagian sebelumnya telah menunjukkan agama dan spiritualitas yang mengakar di kehidupan masyarakat Indonesia. Kedua hal ini juga memiliki pengaruh dalam penyebaran Covid-19, misalnya seperti pada potongan berita di awal artikel. Fenomena penularan Covid-19 melalui kegiataan keagamaan yang melibatkan massa juga terjadi secara global, antara lain pada jemaat gereja di Korea Selatan dan California, Amerika Serikat, serta peserta tabligh akbar di Malaysia (Ikhwan & Yulianto, 2020). Dalam melihat fenomena penyebaran Covid-19 melalui perspektif agama dan spiritualitas, ada dua aspek yang dapat diperhatikan oleh psikolog dan ilmuwan psikologi (Dein *et al*, 2020): (1) sikap dan kepercayaan terhadap virus dan penyakit; dan (2) krisis iman.

Aspek yang pertama mengenai sikap dan kepercayaan, sebagian pemeluk agama dan spiritual percaya bahwa mereka memiliki kekebalan dari Covid-19 karena agama atau aliran spiritual yang dianutnya. Hal ini yang mendorong para jemaat dengan kepercayaan tersebut tetap berkumpul untuk menjalankan ritual keagamaan. Bahkan ketika tertular oleh virus, orang dengan kepercayaan ini akan menolak untuk pergi ke layanan kesehatan karena yakin akan mendapat mujizat penyembuhan. Sikap dan kepercayaan ini yang dimiliki oleh jemaat gereja di Korea Selatan yang tetap melakukan pertemuan ibadah secara rahasia walau Pemerintah telah menerapkan peraturan menjaga jarak (*physical distancing*). Hal ini juga dapat diterapkan pada peserta tabligh akbar di Malaysia yang datang dari berbagai negara, termasuk Indonesia, dan menyatakan bahwa manusia seharusnya bukan takut kepada virus melainkan kepada Allah sebagai sang Maha Pencipta.

Sikap dan kepercayaan lain terkait virus dan penyakit adalah sebagian penganut agama tersebut percaya bahwa Covid-19 merupakan hukuman hanya bagi kelompok tertentu. Misalnya saja peserta tabligh akbar percaya bahwa munculnya Covid-19 di Cina merupakan hukuman kepada mereka atas perlakuan negara tersebut kepada kelompok muslim di sana. Kepercayaan serupa juga ditemui pada beberapa kelompok umat Kristiani di Amerika yang percaya bahwa Covid-19 adalah hukuman bagi orang-orang yang mendukung aborsi. Sedangkan bagi anggota komunitas mereka yang tertular Covid-19, hal ini akan

dianggap sebagai ujian dari Tuhan dan jika akhirnya mereka meninggal maka anggota komunitas tersebut dipercaya akan masuk surga karena pengorbanan mereka. Jika ditarik ke belakang, sikap dan kepercayaan ini serupa dengan sikap terhadap munculnya *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) tahun 1980an. Pada saat itu muncul stigma bahwa mereka yang tertular HIV adalah para pendosa akibat orientasi seksual yang dimilikinya sehingga mendorong juga hadirnya homophobia (Liem, 2019).

Aspek kedua terkait agama dan spiritualitas dalam penyebaran Covid-19 adalah risiko krisis iman di antara para tenaga kesehatan dan orang awam. Sama seperti dalam peristiwa traumatis lainnya, misalnya bencana alam, individu dapat mengalami krisis iman dalam pandemi Covid-19 karena banyaknya korban meninggal akibat penyakit ini. Tenaga kesehatan yang dalam kesehariannya berhadapan langsung dengan pasien mungkin akan mengalami kelelahan psikologis karena melihat pasien dan rekan sejawat mereka meninggal satu-persatu sehingga memertanyakan mengapa Tuhan mengizinkan hal tersebut untuk terjadi. Mereka juga mungkin akan merasa bersalah dan berdosa karena tidak bisa menyelamatkan semua orang akibat keterbatasan sarana dan fasilitas yang dimiliki. Orang awam yang anggota keluarga atau kerabatnya tertular atau meninggal karena Covid-19 juga mungkin akan merasa marah kepada Tuhan dan menganggap Tuhan tidak adil. Psikolog perlu memperhatikan jika klien mereka mengalami krisis iman ini karena hasil studi pada beragam kelompok etnis di Amerika menemukan hubungan positif antara kecemasan terhadap Covid-19 dan kepercayaan bahwa penyakit ini disebabkan kemarahan Tuhan terhadap manusia (Lee, 2020).

Adaptasi Penerapan Protokol Kesehatan dalam Ritual Keagamaan

Pada bulan Maret 2020 Kementerian Kesehatan RI menerbitkan pedoman pencegahan dan pengendalian Covid-19 dengan mengikuti arahan dari *World Health Organization* (WHO). Langkah pencegahan utama yang disarankan adalah menjaga kebersihan tangan dan menjaga jarak dengan orang lain untuk menghindari transmisi virus. Pedoman tersebut kemudian diikuti

oleh para pemimpin agama untuk melakukan adaptasi dalam ritual keagamaan seperti yang dikabarkan pada potongan berita kedua dan ketiga di awal artikel.

Secara umum, penerapan protokol kesehatan pencegahan Covid-19 dalam ritual keagamaan terwujud dalam adaptasi tata cara dan pelaksanaan ritual. Adaptasi pertama yang terlihat adalah pembatasan interaksi antarumat dengan mengurangi atau meniadakan kegiatan di tempat ibadah. Jemaat yang termasuk kelompok rentan, misal lanjut usia dan wanita hamil, sangat dianjurkan untuk beribadah di rumah untuk mengurangi risiko tertular virus di tempat ibadah. Jika perlu ada kegiatan di tempat ibadah maka jarak minimal antarindividu dibatasi dan disediakan juga cairan pembersih tangan. Rumah ibadah juga dibersihkan dengan cairan disinfektan secara berkala sebagai langkah pencegahan penularan. Adaptasi lain yang cukup signifikan adalah penggunaan teknologi dan internet untuk melakukan ritual secara dalam jaringan (daring/*online*) maupun disiarkan melalui media massa seperti televisi dan radio. Psikolog perlu memahami bahwa perubahan cara ibadah dari tatap muka ke daring dapat memengaruhi kondisi psikologis klien mereka. Sebagai contoh, ibadah *online* yang dilakukan sendiri di rumah tidak dapat memenuhi kebutuhan bersosialisasi/budaya kolektif yang menjadi bagian dari ibadah tatap muka di tempat ibadah (Liem, 2020a). Implikasinya, individu mungkin akan merasa kesepian dan terisolasi.

Adaptasi lain yang terkait ritual keagamaan adalah mengenai pengurusan dan pemakaman jenazah yang mana akses keluarga terhadap anggota keluarga yang meninggal menjadi sangat terbatas. Kondisi ini mungkin akan menimbulkan rasa sedih dan juga kemarahan yang berisiko pada munculnya perilaku agresif seperti yang diberitakan di beberapa daerah. Psikolog perlu memahami kondisi ini dan membantu anggota keluarga mengatur emosi yang timbul karena pembatasan yang menjadi bagian dari protokol kesehatan.

Kolaborasi Ilmuwan Psikologi dan Psikolog dengan Pemimpin Agama dan Spiritual dalam Pencegahan Penularan dan Penyembuhan Covid-19

…seorang tabib pengobatan alternatif menjual obat virus corona. … mengklaim obatnya ini banyak dipakai di kedokteran dan ampuh meyembuhkan penyakit akibat virus corona atau Covid-19. … "Harganya Rp 35.000 satu botol.

Murah meriah," imbuhnya. … menyatakan obat yang dijual mampu menangkal infeksi dan membuat tubuh kebal dari virus Corona layaknya vaksin. Obat itu diklaim mampu menyembuhkan pasien yang terinfeksi virus Corona. (Suara Jatim, 2020)

Potongan berita di atas adalah tentang seorang penyembuh spiritual di Pasuruan yang sudah terkenal sebelum pandemi Covid-19. Dia sempat menutup layanannya untuk menghindari penularan Covid-19 tetapi kemudian membukanya lagi dengan ditambah berjualan ramuan cair dengan harga murah yang diklaim merupakan obat dan penangkal Covid-19. Fenomena ini yang juga tercermin dalam Gambar 1 tentang klien dengan gangguan mental pergi ke penyembuh religius-spiritual karena ingin hasil yang instan serta biaya pengobatan yang dianggap lebih terjangkau (Liem, 2020a). Oleh karena itu, kehadiran penyembuh spiritual tidak dapat diabaikan dalam penanganan penyakit di Indonesia, termasuk Covid-19. Psikolog perlu mengetahui penyembuh spiritual yang di wilayah kerjanya dan berjejaring dengan mereka agar dapat melakukan psikoedukasi yang tepat, baik untuk kesehatan fisik maupun mental.

Di samping penyembuh spiritual, psikolog juga perlu berjejaring dengan tokoh agama lokal untuk usaha pencegahan dan penyembuhan Covid-19. Walau mungkin pemimpin agama di tingkat pusat telah mengeluarkan himbauan atau regulasi mengenai adaptasi protokol kesehatan ke dalam tata cara ibadah, implementasi dari adaptasi tersebut perlu dibantu oleh pemimpin agama di tingkat lokal. Dalam kehidupan sosial Indonesia, pemimpin agama memiliki pengaruh dan dihormati oleh warga di lingkungannya, khususnya di antara masyarakat di akar rumput (Ichwan, 2020). Sebagai contoh, Majelis Ulama Indonesia (MUI) dalam fatwanya tentang penyelenggaran ibadah dalam situasi terjadi wabah Covid-19 menyebutkan bahwa pengurusan jenazah harus dilakukan sesuai protokol medis dan dilakukan oleh pihak yang berwenang (MUI, 2020). Akan tetapi, seperti yang telah disinggung sebelumnya, anggota keluarga mungkin mengalami emosi marah dan tidak dapat mengikuti arahan tersebut secara seksama. Oleh karena itu, pemimpin agama lokal diperlukan untuk menyampaikan fatwa ini sedangkan psikolog dapat fokus pada pengelolaan emosi dan rasa berduka yang dialami keluarga yang ditinggalkan.

Pada tataran lain, psikolog dan ilmuwan psikologi dapat berkolaborasi dengan pemimpin agama dan penyembuh spiritual dalam memodifikasi perilaku masyarakat untuk mengikuti protokol kesehatan yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Misalnya, pemimpin agama dapat mendorong masyarakat untuk menjalankan protokol kesehatan, misalnya mencuci tangan secara teratur, dengan didukung ayat dari kitab suci atau ajaran agama. Sebaliknya, psikolog dan ilmuwan psikologi dapat menjelaskan secara singkat kepada pemimpin agama dan penyembuh spiritual tentang teori-teori psikologis untuk memodifikasi perilaku individu. Misalnya, psikolog bisa mengenalkan situs https://your-covid-19-risk.com yang dapat membantu memperkirakan risiko seseorang tertular dan menularkan virus corona, yang kemudian mendorong individu tersebut merubah perilakunya. Dalam tes daring yang tersedia dalam Bahasa Indonesia tersebut, individu diajak untuk mengidentifikasi perilaku apa yang belum dilakukan untuk mengurangi risiko penularan dan apa yang dapat dilakukan untuk mengubahnya, misalnya tidak menjaga jarak minimal satu meter ketika mengantre karena perilaku tersebut belum dianggap sebagai hal yang wajar (Detik News, 2020).

Penutup

Artikel ini telah membahas pentingnya agama dan spiritualitas, termasuk pemimpin agama dan penyembuh spiritual, dalam pencegahan dan penyembuhan Covid-19 di Indonesia. Contoh konkret juga telah diberikan untuk ilmuwan psikologi dan psikolog dalam berkolaborasi dengan para pemimpin agama dan penyembuh spiritual. Pada bagian terakhir ini, ada tiga topik yang dapat dikembangkan oleh praktisi dan ilmuwan psikologi bersama pemimpin agama dan penyembuh spiritual untuk penelitian dan juga intervensi sosial-kesehatan selama dan pascapandemi Covid-19 (Dein *et al*, 2020).

Pertama, penting untuk mengeksplorasi kepercayaan yang dimiliki masyarakat terkait Covid-19 dan nilai agama atau spiritual, misalnya Covid-19 dipercaya sebagai kutukan atau hukuman dari Tuhan. Hasil dari temuan ini dapat dikomunikasikan kepada pemimpin agama dan spiritual dan mereka

dapat memberikan ceramah untuk menyeimbangkan kepercayaan tersebut. Kedua, vaksin untuk menangkal Covid-19 masih dalam tahap uji coba klinis. Akan tetapi, ada kelompok masyarakat yang anti terhadap penggunaan vaksin karena interpretasi agama yang mereka miliki. Psikolog dan ilmuwan psikologi dapat mengeksplorasi sikap masyarakat terhadap vaksin Covid-19, khususnya nilai agama apa yang mereka percayai sehingga menolak vaksin. Lalu bersama para pemimpin agama dan spiritual, hal ini dapat didiskusikan dengan harapan masyarakat mau melakukan vaksinasi sebagai upaya pencegahan penularan. Terakhir, ilmuwan psikologi dan psikolog dapat mengeksplorasi strategi *coping* dengan pendekatan agama dan spiritual yang dilakukan oleh klien atau masyarakat secara umum selama pandemi. Hasil investigasi tersebut dapat dikomunikasikan kepada pemimpin agama dan spiritual agar mereka juga dapat membantu para jemaatnya dengan lebih maksimal.

Sebagai penutup, kalimat berikut ini dapat menjadi pengingat bagi para pembaca bahwa Covid-19 dapat menyerang siapa saja tanpa memandang identitas diri maupun sosial. *"Viruses don't have any respect for religion, race, gender, politics or anything else. They look for a suitable host, and that can be anyone not taking proper precautions."* (Deseret News, 2020). Oleh sebab itu, kita semua harus bekerja sama dalam upaya pencegahan dan pengobatan Covid-19.

Daftar Acuan

Dein, S., Loewenthal, K., Lewis, C. A., & Pargament, K. I. (2020). Covid-19, mental health and religion: An agenda for future research. *Mental Health, Religion & Culture, 23*, 1–9.

Deseret News. (2020). *Here's what the science says about the links between religion and health*. Diunduh dari https://www.deseret.com/indepth/2020/6/13/21273906/coronavirus-faith-religion-health-science-link-prayer-study-longevity-covid-19-substance-use pada 10 Agustus 2020.

Detik News. (2020). *Psikolog bersama peneliti mancanegara ciptakan alat tes Covid-19 online*. Diunduh dari https://news.detik.com/berita-jawa-timur/d-5045777/psikolog-bersama-peneliti-mancanegara-ciptakan-alat-tes-covid-19-online pada 10 Agustus 2020.

GATRA. (2020). *Tiga klaster besar Corona di Yogya dari GPIB-Jamaah Tabligh*. Diunduh dari https://www.gatra.com/detail/news/477559/kebencanaan/tiga-klaster-besar-corona-di-yogya-dari-gpib-jamaah-tabligh pada tanggal 10 Agustus 2020.

Hartini, N., Fardana, N. A., Ariana, A. D., & Wardana, N. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology Research and Behavior Management, 11*, 535-541.

Ichwan, M. I. (2020). *Pemimpin agama, virus Corona, dan tanggung jawab kemanusiaan kita.* Diunduh dari https://alif.id/read/moch-nurichwan/pemimpin-agama-virus-corona-dan-tanggung-jawabkemanusiaan-b227478p/ pada tanggal 10 Agustus 2020.

Ikhwan, H & Yulianto, V. I. (2020). *How religions and religious leaders can help to combat the Covid-19 pandemic: Indonesia's experience.* Diunduh dari https://theconversation.com/how-religions-and-religious-leaders-can-help-to-combat-the-covid-19-pandemic-indonesias-experience-140342 pada tanggal 10 Agustus 2020.

Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for Covid-19 related anxiety. *Death Studies, 44*, 393–401.

Liem, A. (2019). Stigma terkait HIV: Apakah ini kehidupan nyata? Atau ini

hanya fantasi. *BASIS, 11-12*, 50-57.

Liem, A. (2020a). *Pengobatan komplementer dan alternatif dalam psikologi klinis*. Sanata Dharma University Press.

Liem, A. (2020b). "Doing my profession is also part of worship": How clinical psychologists address aspects of spirituality and religion in Indonesia. *Journal of Religion and Health, 59*, 1434-1457.

Merdeka. (2020). *Antisipasi Corona, Gereja Katolik tiadakan misa harian & mingguan hingga 3 April.* Diunduh dari https://www.merdeka.com/peristiwa/antisipasi-corona-gereja-katolik-tiadakan-misa-harian-mingguan-hingga-3-april.html pada tanggal 10 Agustus 2020.

MUI. (2020). *Fatwa Majelis Ulama Indonesia Nomor 14 Tahun 2020 tentang Penyelenggaran Ibadah dalam Situasi Terjadi Wabah Covid-19*. Diunduh dari https://mui.or.id/berita/27674/fatwa-penyelenggaraan-ibadah-dalam-situasi-terjadi-wabah-covid-19/ pada tanggal 10 Agustus 2020.

Pikiran Rakyat. (2020). *Inilah 9 poin Fatwa MUI 14/2020 dalam upaya pencegahan Covid-19.* Diunduh dari https://www.pikiran-rakyat.com/nasional/pr-01353399/inilah-9-poin-fatwa-mui-142020-dalam-upaya-pencegahan-covid-19 pada tanggal 10 Agustus 2020.

Ramakrishnan, P., Karimah, A., Kuntaman, K., Shukla, A., Ansari, B. K. M., Rao, P. H., & Murthy, P. (2015). Religious/spiritual characteristics of Indian and Indonesian physicians and their acceptance of spirituality in health care: A cross-cultural comparison. *Journal of Religion and Health, 54*, 649-663.

Ropi, I. (2017). *Religion and regulation in Indonesia*. Springer Verlag

Suara Jatim. (2020). *Herbal Corona Ningsih Tinampi dapat pengakuan BPOM, dijual Rp 35.000.* Diunduh dari https://jatim.suara.com/read/2020/04/17/105007/herbal-corona-ningsih-tinampi-dapat-pengakuan-bpom-dijual-rp-35000 pada tanggal 10 Agustus 2020.

Tirto. (2020). *Survei: 64,3% dari 1.522 Orang cemas & depresi karena Covid-19.* Diunduh dari https://tirto.id/survei-643-dari-1522-orang-cemas-depresi-karena-covid-19-fgPG pada tanggal 10 Agustus 2020.

Liem, Andrian. *Psychological scientist, psychologist, religious and spiritual leader: A collaboration in handling the Covid-19 pandemic.* *Religion and spirituality, including its key persons or leaders, is one of the foundations of social life in Indonesia, including among health professionals. Therefore, efforts to handle the Coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic in Indonesia must consider the aspects of religion and spirituality. Psychological scientists, psychologists, as well as religious and spiritual leaders (religious-spiritual healers) need to collaborate on preventive and curative efforts. This article briefly describes how the collaboration of psychology scientists and practitioners as well as religious and spiritual leaders can be performed to create holistic health in dealing with Covid-19 in Indonesia. The article is concluded with three main themes that can be explored during and post-pandemic for socio-health research and interventions.*

----

bagian 4

Adaptasi Kebiasaan Baru dan Kesehatan Jiwa

Bab 22. Pandemi dan Resiliensi: Refleksi Pengasuhan dalam Situasi Krisis

Wiwin Hendriani

Pendahuluan

Tujuh bulan lebih pandemi Covid-19 telah melanda seluruh dunia. Selama waktu itu pula berbagai pola kehidupan pun berubah. Kita tidak lagi bisa leluasa keluar rumah dan melakukan beragam aktivitas sebagaimana sebelumnya. Ada ketentuan protokol kesehatan yang harus selalu diperhatikan untuk menekan laju penyebaran virus. Terlebih mengingat angka penularan Covid-19 di Indonesia sedemikian tingginya, sebagaimana terinformasikan secara resmi berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI. Keputusan pemerintah menghimbau setiap warga tetap tinggal di rumah dan melakukan berbagai keperluan dari rumah pun akhirnya diambil, termasuk untuk bekerja dan bersekolah. Pendek kata, kondisi membuat semua orang harus bermanuver menjadikan rumah sebagai pusat segala aktivitas.

Apakah kemudian peralihan ini berlangsung dengan mudah? Kenyataannya tidak. Salah satunya terkait situasi anak yang bersekolah dari rumah. Pemberitaan nasional selama masa pandemi ini pun telah memaparkan beragam persoalan, hingga kasus-kasus kekerasan serius pada anak yang terjadi dalam keluarga. Penulis mencoba melakukan pencarian artikel melalui mesin pencari Google untuk mendapatkan data terkait. Dengan menggunakan kata kunci "kekerasan_anak_selama_pandemi_covid-19" diperoleh sebanyak 4680 artikel yang membahasnya, sebagian besar diantaranya adalah dari portal-portal berita nasional, dengan data yang bersumber dari survei KPAI, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KemenPPPA) RI, dan berbagai lembaga riset yang lain.

Portal tirto.id pada 24 Juni 2020, misalnya, telah memberitakan bahwa KemenPPPA mencatat adanya 3000 kasus kekerasan pada anak, terhitung sejak awal pandemi Covid-19 sampai dengan 19 Juni 2020. Hal ini dinyatakan pula

dalam beberapa sumber berita yang lain, diantaranya: Website lembaga swadaya masyarakat Save the Children (stc.or.id); Media Indonesia (mediaindonesia.com) pada 24 Juni 2020 dalam tulisan berjudul 3087 Kasus Kekerasan Anak Terjadi Selama Pandemi Covid-19; The Jakarta Post (thejakartapost.com) 24 Juli 2020 dengan tulisan berjudul *Violence Against Children Triggered by Burdened on Mothers Amid Covid-19: Survey*; juga Harian Kompas (regional.kompas.com) pada 14 Oktober 2020 yang mengabarkan bahwa kondisi kekerasan pada anak masih terus meningkat meski sudah berselang sekian bulan dari saat mula terjadinya pandemic Covid-19.

Selain data angka kejadian, radartulungagung.jawapos.com pada 27 Juli 2020 juga menayangkan ulasan tentang kasus-kasus kekerasan anak di masa pandemi yang terjadi karena penumpukan beban psikologis pada orangtua. Sebagaimana diketahui, di luar keharusan mendampingi anak belajar dan bersekolah dari rumah, sebagian besar dari orangtua masih harus mencari nafkah, berusaha keras memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga yang akibat wabah Covid-19 ini juga semakin sulit. Situs ayobandung.com, 10 September 2020, menuliskan bahwa sistem pembelajaran jarak jauh (PJJ) yang dinilai sulit berujung membuat anak dan orangtua merasakan frustrasi menghadapi persoalan-persoalan yang kemudian muncul.

Menegaskan hal tersebut, liputan6.com, 17 September 2020, memaparkan bahwa KPAI menyebut kondisi psikologis orangtua, terlebih ibu saat pandemi Covid-19 memang memengaruhi terjadinya kekerasan pada anak. Salah satu kasus yang terkabarkan berulang di berbagai media adalah kekerasan terhadap anak delapan tahun di Lebak yang dipukul sapu sampai meninggal oleh orangtuanya hanya karena kesulitan memahami pelajaran saat proses belajar di rumah.

Dalam catatan ayobandung.com, 14 Juli 2020, dampak psikologis dari situasi pandemi cenderung paling banyak dirasakan oleh para Ibu. Ibu yang selain tanggung jawabnya sehari-hari dalam rumah tangga dan beberapa juga masih ikut mencari nafkah untuk keluarga, mendapatkan penambahan beban yang signifikan dengan keharusan menggantikan peran guru mendampingi belajar anak di rumah setiap harinya. Situs republika.co.id pada 16 September

2020 kemudian menuliskan, karena kondisi psikologis ibu yang berat ini lah KPAI kemudian mendorong betul keterlibatan ayah dalam pengasuhan dan pendampingan belajar anak agar beban ibu berkurang.

Masih melanjutkan rangkaian data dari pemberitaan nasional, portal berita voi.id pada 17 September 2020 mencatat bahwa dicubit dan dimarahi adalah bentuk kekerasan anak yang paling sering terjadi di masa pandemi Covid-19. Beberapa bentuk kekerasan yang lain meliputi: dijewer, dipukul, dijambak, ditarik, ditendang, dikurung, ditampar, dan sejumlah kekerasan psikis yang lain.

Berdasarkan rangkaian data tersebut, kita dapat merasakan begitu kuatnya dampak psikologis pandemi pada orangtua, yang kemudian berpengaruh terhadap bagaimana praktik pengasuhan mereka pada anak di situasi krisis ini, di tengah berbagai kondisi yang cukup berat, memuat begitu banyak sumber tekanan. Tulisan ini akan mengulas lebih lanjut tentang pentingnya para orangtua menjadi sosok-sosok tangguh dalam keluarga, pribadi-pribadi yang resilien, agar kekurangtepatannya mengelola tekanan dan emosi negatif saat berhadapan dengan krisis tidak lantas mengarah pada kekeliruan dalam memilih perilaku selama mengasuh dan mendampingi belajar anak. Bagaimana pun, anak adalah amanah, penerus roda kehidupan yang akan menjadi tumpuan harapan kita kelak di masa depan.

Peran Penting Pengasuhan Bagi Tumbuh Kembang Anak

Pengasuhan adalah upaya menumbuhkan berbagai hal baik dalam diri anak. Aktivitas mengasuh adalah sebuah proses menumbuhkan berbagai kemampuan, sifat baik dan karakter positif dalam diri anak selama tahun-tahun perjalanan kehidupannya (Santrock, 2007). Orangtua dan pengasuhannya memberi dasar dan menentukan kelangsungan perkembangan anak, memainkan peran penting bagi optimal tidaknya proses tumbuh kembang (Smith, Cowie, & Blades, 2011). Pengasuhan terjadi sejak awal kehidupan anak, dan terus berlangsung hingga anak-anak mengakhiri masa remajanya, menuju fase penuh kemandirian di usia dewasa (Olson & DeFrain, 2003). Meskipun demikian

bukan berarti peran orangtua benar-benar berhenti di masa ini. Akan ada peran-peran berikutnya yang tetap krusial, meski penekanannya bukan pada mengasuh anak secara langsung.

Sebagaimana diketahui, perilaku dan perkembangan berbagai kemampuan dalam diri individu terbentuk karena proses belajar, baik disadari maupun tidak. Dalam proses belajar tersebut, banyak pihak ikut berperan menentukan hasilnya. Memang tidak hanya orangtua. Tetapi sebagai orang yang terdekat dengan anak, sebagai pendidik utama anak, orangtua dan pengasuhannya akan memberi pengaruh lebih besar dibandingkan dengan lingkungan sosial yang lain. Pengasuhan yang baik juga akan memberikan efek proteksi dalam diri anak untuk mampu melindungi diri dari pengaruh lingkungan sosial yang kerapkali tidak terduga.

Hanna, Suggett, dan Radtke (2003) menyatakan bahwa pengasuhan yang sedemikian terdapat dalam konsep *positive parenting* atau pengasuhan positif, yang mengusahakan anak untuk terus belajar dan berkembang dengan sebaik mungkin melalui pendekatan yang positif, menekankan pada kekuatan diri, agar nantinya anak mampu menunjukkan kapasitas untuk secara mandiri berfungsi optimal dalam hidup. Anak-anak yang diasuh dengan pola interaksi yang positif, komunikasi yang hangat dan terbuka, akan memiliki kedekatan dan ikatan yang kuat dengan orangtua dan keluarganya. Sehingga manakala ia bertemu dengan hal-hal yang tidak sesuai dengan nilai-nilai yang telah diajarkan padanya, ia akan mampu memilih untuk menghindar atau membatasi diri, karena kepercayaan pada orangtua dan keluarga jauh lebih tinggi, diposisikan lebih penting. Sebaliknya, anak-anak yang minim kepercayaan dan kedekatan emosional dengan orangtua akan cenderung abai atau bahkan tidak memiliki prinsip yang kuat dalam dirinya sebagai patokan yang tepat dalam berperilaku, sehingga mudah terpengaruh oleh sekitar.

Jika kita perhatikan, terdapat perbedaan konsep terkait bagaimana cara orangtua memperlakukan anak dalam praktik pengasuhannya. Perbedaan ini dilandasi oleh cara pandang maisng-masing terhadap anak. Ketika anak dilihat sebagai sosok individu yang sedang berkembang, maka konsep pengasuhannya adalah konsep perkembangan. Sementara ketika konsep pengasuhan orangtua

lebih fokus untuk mempertahankan cara-cara yang telah tertanam selama ini masyarakat, terlepas dari apapun dan bagaimapun kondisi anak, maka pengasuhan yang diterapkan lebih berlandaskan pada konsep tradisional (Santrock, 2007).

Terkait dengan tumbuh kembang anak yang terus berproses selama perjalanan hidupnya serta lingkungan yang terus berubah, maka orangtua yang baik semestinya akan menyesuaikan pengasuhan yang diterapkannya pada anak. Pada pengasuhan dengan konsep perkembangan, Santrock (2007) juga menuliskan beberapa hal yang perlu dilakukan oleh orangtua, di antaranya:

1. Memantau, membimbing, dan mendukung anak dengan segala kondisi dan potensinya,
2. Menggunakan waktu secara efektif saat berinteraksi bersama anak, dan
3. Menguatkan kemampuan anak untuk memantau dan mengelola perilakunya sendiri, menganut standar perilaku yang pantas, menghindari berbagai risiko perilaku maupun kondisi yang berbahaya, serta dapat memahami dan merasakan ketika dukungan orangtua maupun figure pengasuh yang lain sudah optimal diberikan.

Tantangan Pengasuhan di Masa Pandemi

Kembali pada konteks situasi yang melatarbelakangi tulisan ini, pengasuhan di masa pandemi mendatangkan tantangan yang berbeda dari waktu-waktu sebelumnya. Perbedaan tersebut diwarnai oleh adanya keharusan untuk menambah waktu dan intensitas pendampingan belajar anak, berkenaan dengan adanya keputusan belajar/bersekolah dari rumah. Sudah tentu, ada beban yang bertambah, sebagaimana dituliskan pada bagian pendahuluan.

Orangtua harus menjadi guru yang mendampingi anak belajar karena mereka tidak dapat pergi bersekolah seperti biasa. Di saat yang sama berbagai kewajiban orangtua yang lain untuk urusan rumah tangga dan pekerjaan juga tetap harus dilakukan. Belum lagi adanya kekhawatiran terhadap kondisi pandemi yang tampak masih enggan untuk mereda, membuat emosi orangtua kerapkali fluktuatif. Lalu berkembang pula rangkaian kekhawatiran berikutnya tentang kondisi ekonomi keluarga jika kejadian wabah masih akan berlanjut hingga

waktu yang lama, tentang bagaimana kelangsungan pendidikan anak kemudian, dan hal-hal lain yang terancam keadaan, sehingga tanpa sadar suasana psikologis yang negatif dari orangtua pun merembet ke pengasuhannya pada anak.

Apabila dicermati lebih jauh, terdapat beberapa kondisi yang menyebabkan tekanan psikologis meningkat di masa pandemi Covid-19 ini, yang kemudian berdampak besar pada pengasuhan yang dilakukan oleh orangtua. Disimpulkan berdasar data pemberitaan media massa, berikut beberapa di antaranya:

1. Kekhawatiran terhadap risiko penularan penyakit dari berbagai arah yang bahkan tidak terduga, terlebih dengan angka kematian yang sedemikian tinggi.
2. Adanya tekanan ekonomi sebagai efek dari pandemi. Banyak bisnis yang menjadi sepi, sekian banyak pekerja kehilangan mata pencaharian karena PHK atau usahanya gulung tikar.
3. Kejenuhan akibat isolasi sosial yang kemudian menyebabkan ketegangan di dalam rumah, terlebih ketika melihat anggota keluarga yang lain menunjukkan perilaku yang tidak diharapkan/disukai.
4. Ketimpangan tanggung jawab antara ibu dan ayah yang cenderung menyebabkan penumpukan beban pada ibu.
5. Banyaknya orangtua yang baru mengetahui kebiasaan anak setelah beraktivitas bersama di rumah.

Tampak bahwa pengasuhan di masa pandemi ini dilingkupi oleh hal-hal yang rentan memunculkan stres. Stres mencerminkan adanya tekanan yang dialami oleh individu akibat persoalan atau kondisi tertentu yang terjadi di luar harapan, karena adanya tuntutan-tuntutan tertentu yang tidak dapat dipenuhi, atau hal-hal lain yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam hidup. Lazarus (1977 dalam Krohne, 2002) menjelaskan bahwa stres psikologis (*psychological stress*) terjadi ketika individu menjumpai kondisi lingkungan yang penuh dengan tekanan, menilainya sebagai ancaman yang besar dan melampaui kemampuan kopingnya.

Berbagai hal dalam kehidupan sehari-hari dapat menjadi penyebab

munculnya stres. Menurut Boss (2001, dalam Walsh, 2006), tiga karakteristik stresor atau sumber stres yang pada umumnya dirasakan sangat kuat oleh individu yaitu: (1) Kejadian yang tidak diharapkan; (2) Kejadian persisten dan berakibat cukup parah atau memunculkan perubahan yang besar dalam diri individu; dan (3) Sejumlah stresor secara bersamaan memunculkan efek yang terakumulasi satu sama lain.

Apabila diperhatikan, ketiga karakteristik stresor tersebut ada dalam situasi pandemi ini, dihadapi oleh para orangtua. Sebuah kejadian mendadak yang tidak diharapkan, berdampak pada perubahan yang begitu besar dalam hidup dan keseharian, serta adanya sejumlah stresor yang dihadapi sekaligus dan bersifat akumulatif. Ini lah yang kemudian menjadikan sejumlah orangtua kemudian kesulitan untuk meresponnya dengan koping yang tepat, dan terjebak dalam emosi-emosi yang negatif ketika berinteraksi dan mereaksi hal-hal tertentu pada anak. Akibatnya, sejumlah kasus kekerasan pun terjadi seperti yang telah dipaparkan di bagian pembuka tulisan. Sudah tentu, kekerasan terhadap anak harus diatasi dengan langkah-langkah yang efektif, mengingat kekerasan dalam pengasuhan dapat membawa efek traumatik yang memengaruhi kondisi psikologis anak di masa-masa perkembangan selanjutnya.

Resiliensi, Kunci Menghadapi Situasi Krisis

Mencermati tingginya intensitas stres yang dialami oleh orangtua dan keluarga akibat begitu banyaknya stresor psikologis di masa pendemi ini, kemampuan setiap individu dalam menghadapi berbagai tekanan adalah hal yang sangat dibutuhkan. Kemampuan orangtua untuk mengelola, mengatasi dan pulih dari desakan emosi-emosi negatif penting dimiliki.

Olson dan DeFrain (2003) mengemukakan bahwa resiliensi adalah karakter yang paling tepat dalam menyikapi tantangan hidup yang semakin berat. Menurut Reivich dan Shatte (2002), resiliensi adalah kapasitas untuk merespon secara sehat dan produktif ketika berhadapan dengan kesulitan yang sangat hingga peristiwa traumatik. Sementara Ungar (2004) mendefinisikan resiliensi sebagai suatu istilah yang menggambarkan kondisi individu yang sehat secara

psikologis di tengah kondisi yang secara kolektif dipandang sulit dan menekan.

Resiliensi adalah kapasitas untuk mempertahankan kemampuan, untuk berfungsi secara kompeten dalam menghadapi berbagai stresor kehidupan (Kaplan dkk., 1996 dalam VanBreda, 2001). Resiliensi psikologis mencerminkan bagaimana kekuatan dan ketangguhan yang ada dalam diri seseorang. Resiliensi psikologis ditandai oleh adanya kemampuan untuk bangkit kembali dari pengalaman emosional yang negatif. Ini adalah kemampuan yang memungkinkan individu untuk berusaha menghadapi dan kemudian bangkit dari berbagai kondisi stres (Block & Kremen, 1996, dalam Tugade & Fredricson, 2004).

Resiliensi secara umum ditandai oleh sejumlah karakteristik, yaitu: Adanya kemampuan dalam menghadapi kesulitan, ketangguhan dalam menghadapi stres ataupun bangkit dari trauma dan berbagai pengalaman emosional yang negatif (Masten & Coatsworth, 1998 dalam Kalil 2003; Tugade & Fredricson, 2004). Resiliensi bukan trait yang bersifat statis, yang dimiliki oleh seseorang sejak lahir atau secara otomatis bertahan dalam diri seseorang setelah sekali ia berhasil mencapainya (Meichenbaum, 2008). Resiliensi merupakan proses dinamis yang mencakup adaptasi positif dalam konteks situasi yang sulit, mengandung bahaya maupun hambatan yang signifikan, yang dapat berubah sejalan dengan waktu dan lingkungan yang berbeda (Luthar, 2003; Kalil, 2003).

Lazarus (1993, dalam Tugade & Fredricson, 2004) menjelaskan adanya 2 proses utama dalam resiliensi yang memungkinkan inidvidu untuk menjadi pribadi yang tangguh, yakni koping efektif dan adaptasi positif terhadap kesulitan dan tekanan. Lazarus dan Folkman (1984) mendefinisikan koping sebagai upaya individu mengelola kognitif dan perilaku secara konstan untuk mengatasi berbagai tuntutan atau menghadapi perubahan. Menurut Steward, dkk. (1998, dalam Huang, 2009), koping merupakan komponen dari karakteristik personal seseorang untuk mengelola penyesuaian psikologis yang dibutuhkan terhadap berbagai stimulus dalam hidup. Sementara Anson, dkk. (1993, dalam VanBreda, 2001) menjelaskan koping sebagai proses memelihara *well-being*, baik secara psikologis, fisik, maupun status fungsional.

Pada berbagai kajian, koping sering dilekatkan dengan adaptasi

(*adaptation*) atau *adjustment*. Dunn, dkk. (1997, dalam Huang, 2009) dalam hal ini menjelaskan bahwa *adaptation* dan *adjustment* merupakan *outcome* fungsional dari koping. Pernyataan ini diperjelas pula dengan hasil penelitian bahwa adaptasi tertentu dari individu merupakan hasil dari koping yang dilakukan (McCubbin & McCubbin, 1996, dalam VanBreda, 2001).

Ketika terdapat stresor yang mendatangkan stres, stres akan mendorong individu untuk memunculkan mekanisme koping tertentu. Di antara keragaman sejumlah strategi koping, koping efektif akan dimunculkan oleh individu yang resilien (Franke, 1999). Koping efektif bukan merupakan koping yang sekedar bertujuan untuk melepaskan emosi-emosi negatif. Bukan pula berupa koping yang bertujuan menahan emosi negatif sedemikian rupa dan mendatangkan efek yang justru membuat persoalan semakin berlarut-larut bahkan menyebabkan terjadinya *burnout* atau depresi. Sebaliknya, koping efektif akan menghasilkan reduksi terhadap stres yang diikuti oleh kemampuan individu untuk bangkit dan kembali berfungsi seperti sedia kala (Franke, 1999).

Proses koping lebih lanjut akan menggerakkan individu untuk menentukan bagaimana adaptasi yang dilakukan kemudian. Koping yang lebih tepat dan efektif terhadap situasi yang menekan akan mengarahkan pada adaptasi yang juga lebih positif. Sebagaimana dikemukakan oleh Dunn, dkk. (1997, dalam Huang, 2009) bahwa adaptasi merupakan *outcome* fungsional dari koping, dan hasil studi McCubbin dan McCubbin (1996, dalam VanBreda, 2001) yang menunjukkan bahwa adaptasi yang dimunculkan oleh individu merupakan hasil dari koping yang dilakukan.

Bagaimana seorang individu yang resilien mampu melakukan koping dan adaptasi yang tepat dalam situasi yang penuh tekanan? Menurut Richardson (2002), hal ini didukung oleh adanya keterlibatan faktor-faktor protektif. Resiliensi dipengaruhi oleh faktor protektif, yakni berbagai macam faktor baik dari dalam (internal) maupun luar diri individu (eksternal) yang memperkuat, melindungi dari risiko tekanan yang semakin sangat dan membantu pulih dari situasi psikologis yang negatif. Contoh dari faktor-faktor protektif ini diantaranya: berbagai atribut yang dimiliki individu seperti temperamen yang baik, pandangan positif terhadap diri sendiri dan intelegensi; kualitas keluarga,

antara lain kohesivitas, kehangatan, keterlibatan dan harapan keluarga; serta keberadaan dan pemanfaatan sistem pendukung eksternal di luar keluarga (Kalil, 2003; Luthar, 2003). Pentingnya peran faktor-faktor protektif ini seringkali digambarkan dengan penjelasan bahwa semakin kuat faktor protektif yang dimiliki oleh individu, maka semakin besarlah peluang tercapainya resiliensi.

Menjadi Orangtua yang Resilien

Setelah melalui satu per satu bagian dari paparan, saatnya kita menyatukan pemahaman menjadi lebih utuh. Ada beberapa hal yang perlu ditegaskan lebih dahulu, dimulai dari data yang telah menunjukkan betapa besarnya efek psikologis dari situasi masa pandemic ini yang dirasakan oleh keluarga, khususnya orangtua. Bertambahnya beban tanggung jawab terkait pendampingan belajar anak ternyata tidak selalu dapat dikelola dengan baik oleh orangtua, sehingga berdampak memunculkan perilaku kekerasan pada anak. Orangtua yang terjebak dalam tekanan emosi seakan lupa betapa pentingnya peran pengasuhan bagi tumbuh kembang anak hingga masa-masa selanjutnya.

Disadari sepenuhnya bahwa memang pengasuhan di masa pandemi Covid-19 ini menghadapi tantangan yang tidak mudah. Orangtua diharapkan mampu memberikan asuhan dan pendampingan belajar yang baik di tengah situasi sekitar yang penuh dengan sumber stres. Memenuhi tantangan ini, menjadi penting bagi orangtua untuk memiliki ketangguhan psikologis, kemampuan untuk mengelola berbagai situasi menekan dan adaptif untuk tetap sehat dan produktif ketika berhadapan dengan kesulitan.

Pertanyaannya kemudian, bagaimana caranya menjadi orangtua yang resilien, agar kemudian mampu menerapkan pengasuhan yang tepat dan mendukung perkembangan anak di masa pandemi ini? Berdasarkan penjelasan konseptual tentang resiliensi, terdapat tiga kata kunci yang menjadi petunjuk untuk diupayakan oleh orengtua, yaitu: koping, adaptasi, dan faktor protektif.

1. **Koping yang efektif**

Berdasarkan temuan Hendriani, Retnowati, dan Koesbardiati (2011), pemaknaan terhadap kejadian yang menekan merupakan kunci dari koping

yang efektif. Makna adalah arti atau maksud yang tersimpul dari suatu objek, baik benda maupun peristiwa (Tjiptadi, 1984). Makna dapat dimunculkan secara subjektif oleh individu. Pemaknaan merupakan bagian dari koping individu secara kognitif, dengan cara memberikan arti tertentu terhadap sebuah pengalaman. Pemaknaan seseorang terhadap kondisi atau kejadian dalam hidup akan berpengaruh terhadap perilakunya kemudian (Baumeister, 1991). Pemaknaan positif akan berefek motivasional dan menguatkan individu untuk kemudian mampu menyesuaikan diri dengan kehidupan baru. Sebaliknya, pemaknaan negatif akan berefek melemahkan dan memperberat beban psikologis yang dirasakan.

Untuk dapat memaknai secara positif situasi pandemi dan berbagai tugas dan tanggung jawab sebagai orangtua di dalamnya, beberapa langkah berikut dapat dicoba untuk dilakukan:

a. Lebih banyak mengapresiasi diri dan sekitar, mencari hal-hal baik yang ada di sekeliling untuk mengurangi kebiasaan terlalu fokus melihat bagian-bagian yang sulit dan bermasalah dari kondisi yang sedang dihadapi
b. Membangun sugesti positif dalam diri, misal, bahwa tantangan yang dihadapi sebagai orangtua di masa pandemi ini dirasakan oleh siapapun, sehingga kita tidak seorang diri menjalaninya. Sugesti juga bisa dilakukan dengan mencoba mencari sisi-sisi baik dari situasi saat ini.
c. Memotivasi dan meyakinkan diri untuk mampu menjalani tantangan, dengan lebih banyak mengingat contoh dan inspirasi baik dari sekitar, inspirasi yang dilakukan oleh sesama orangtua yang lain, yang bahkan kondisinya lebih sulit dari kita tapi mampu lebih mensyukuri keadaan.
d. Melakukan relaksasi untuk meredakan tekanan emosi, sekaligus melatih emosi-emosi positif

2. Adaptasi yang positif

Adaptasi adalah proses mengubah perilaku seseorang untuk menyesuaikan dengan perubahan lingkungan, atau sebagai respon terhadap tekanan sosial (Ward, 2001). Perubahan respon perilaku merupakan inti

dari proses adaptasi (Withbourne, 1985, dalam Cleveland, 2003). Hal ini juga berbeda dengan konsep koping yang lebih bersifat internal, mencakup pengelolaan kognitif dan emosi. Jika dalam koping hal yang ditekankan adalah proses individu dalam mempertahankan *sense of wellbeing* (George, 1980, dalam Cleveland, 2003) baik secara kognitif maupun perilaku, maka adaptasi lebih menitikberatkan pada upaya individu untuk mengubah berbagai macam respon yang sebelumnya terbiasa dimunculkan menjadi respon baru yang sesuai dengan perubahan kondisi lingkungan.

Adaptasi yang positif ditandai oleh adanya pikiran, perasaan, sikap, perilaku dan cara hidup yang positif setelah individu berhadapan dengan kesulitan. Dalam hal ini adaptasi orangtua dapat dilakukan antara lain dengan:

a. Mencari cara-cara baru untuk melakukan sesuatu, dalam hal ini pengasuhan dan pendampingan belajar, ketika cara-cara lama yang biasa dilakukan terkendala.
b. Menyesuaikan kembali jadwal harian agar lebih nyaman untuk diikuti.
c. Membuka komunikasi agar lebih banyak mendapatkan input yang menguatkan diri, baik dengan anak, sesama orangtua yang lain, dengan guru untuk berkonsultasi ketika mengalami kesulitan, keluarga, dan sebagainya.
d. Mengembangkan relasi dengan berbagai komunitas sosial yang positif.

3. Memperkuat faktor protektif

Sebagaimana telah dijelaskan, faktor protektif merupakan faktor yang memperkuat, memberikan pengaruh positif bagi individu untuk mampu memunculkan strategi koping yang efektif terhadap stres yang dialami. Faktor protektif dapat bersifat internal, bersumber dari dalam diri individu, dan dapat pula berasal dari hal-hal di luar diri individu atau bersifat eksternal. Memperkuat factor protektif internal, antara lain dapat dilakukan dengan:

a. Memperkuat keimanan.
b. Memperkuat harapan dan optimisme.
c. Memperkuat kayakinan bahwa diri mampu melewati tantangan situasi yang sedang dihadapi.
d. Mempertebal rasa syukur.

Adapun langkah memperkuat faktor protektif eksternal dapat dilakukan dengan:

a. Memperkuat dukungan keluarga.
b. Memperkuat dukungan teman dan kolega.
c. Memperbanyak informasi positif yang membantu menyelesaikan kesulitan dan memperkuat kondisi psikologis.
d. Memperbanyak ketersediaan sumber inspirasi ketangguhan, dengan mengakses informasi tentang sosok-sosok resilien, sesama orangtua dalam kesulitan yang sama, yang membantu membangun motivasi dan harapan.

Apabila langkah-langkah tersebut terus diupayakan oleh orangtua, maka bukan hanya anak yang akan merasakan efek positif dari pengasuhan dan pendampingan belajar yang lebih kondusif dan penuh dukungan. Orangtua sendiri, juga anggota keluarga yang lain akan merasakan adanya atmosfer yang positif. Perlahan setiap individu dalam keluarga akan belajar mengelola situasi krisis dan ketidaknyamanannya dengan cara-cara yang lebih tepat dan mengeliminir hal-hal yang berpotensi melemahkan kondisi psikologis. Baik orangtua maupun anak akan berangsur memulihkan diri dari tekanan yang dirasakan, dengan satu sama lain saling menjaga suasana interaksi yang positif, saling dukung dan menguatkan, serta mengedepankan langkah solutif setiap saat menghadapi kesulitan.

Kesimpulan

Tulisan ini telah menguraikan secara komprehensif tentang bagaimana situasi krisis di masa pandemi Covid-19 ini berdampak pada pengasuhan yang dilakukan oleh orangtua. Ketidakmampuan orangtua mengelola emosi di tengah beban psikologis yang sedemikian besar dapat mengarahkan mereka untuk mengambil tindakan yang keliru dalam mengasuh dan mendampingi belajar anak. Deretan data kasus kekerasan yang dilakukan orangtua kepada anak menjadi contoh nyatanya, bertentangan dengan prinsip bahwa pengasuhan semestinya mampu memberi dasar dan menentukan kelangsungan perkembangan anak,

memainkan peran penting bagi optimal tidaknya proses tumbuh kembang.

Terkait hal tersebut, tulisan ini telah mengulas tentang pentingnya orangtua menjadi sosok-sosok tangguh dalam keluarga, pribadi-pribadi yang resilien, agar kekurangtepatannya mengelola tekanan dan emosi negatif saat berhadapan dengan kesulitan dapat diminimalkan. Terdapat tiga langkah yang disarankan agar orangtua mampu berproses mencapai resiliensi di tengah situasi krisis, yakni: Berlatih mengupayakan koping yang efektif, mengupayakan adaptasi yang positif, serta memperkuat berbagai factor protektif. Dengan ketiga langkah ini diharapkan selama masa pandemic baik orangtua maupun anak akan belajar mengelola ketidaknyamanan dengan cara-cara yang tepat, menjaga atmosfer interaksi dan lingkungan tumbuh kembang yang senantiasa positif dalam keluarga.

Daftar Acuan

Baumeister, R.F. (1991). *Meanings of life.* New York: The Guilford Press.

Cleveland, R.R. (2003). *A qualitative approach to the study of resilience in our elders.* Unpublished Research Paper. Wisconsin: The Graduate School University of Wisconsin-Stout.

Franke, J. (1999). Stress, Burnout, and Addiction. Texas Medicine, 95 (3): 43-52, 1999. *http://www.texmed.org/Template.aspx?id=4479.* Diakses 30 Oktober 2020.

Hanna, S.L., Suggett, R., & Radtke, D. (2003). *Person to person: Positive relationships don't just happen*. New Jersey: Pearson Education, Inc.

Hendriani, W., Retnowati, S., dan Koesbardiati, T. (2011). Proses resiliensi individu dalam perubahan kondisi fisik menjadi penyandang disabilitas. *Jurnal Psikologi Indonesia*, 2011, Vol. VIII, No. 2, 72-83.

Huang, M. (2009). *Resilience in chronic disease: The relationships among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes.* Queensland: Queensland University of Technology, Institute of Health and Biomedical Inovation.

Kalil, A. (2003). *Family resilience and good child outcomes.* Wellington: Ministry of Social Development.

Krohne, H.W. (2002). Stress and coping theories. *Johannes Guttenberg-Universitat Mainz Germany, Online Journal, 2002.*

Lazarus, R.S., and Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Luthar, S.S. (2003). *Resilience and vulnerability, adaptation in the context of chilhood adversities.* Cambridge: Cambridge University Press.

Meichenbaum, D. (2008). Bolstering resilience: benefiting from lesson learned. *www.melissainstitute.org*. Diakses 30 Oktober 2020.

Olson, D.H., & DeFrain, J. (2003). *Marriage and Families.* Boston: McGraw-Hill, Inc.

Reivich, K., and Shatte, A. (2002). *The Resilience Factor: 7 Essential skills for overcoming life's inevitable obstacles.* New York: Broadway Books.

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58(3), 307-321.*

Santrock, J.W. (2007). *Perkembangan anak* (terjemahan). Edisi Kesebelas, Jilid 2. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Smith, P.K., Cowie, H., & Blades, M. (2011). *Understanding children's development. Fifth edition*. West Sussex, UK: A John Wiley & Sons, Ltd., Publications.

Tjiptadi, B. (1984*). Tata Bahasa Indonesia*. Cetakan II. Jakarta: Yudistira.

Tugade, M.M., & Fredricson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol 86, No.2, 320-333.*

Ungar, M. (2004). A constructionist discourse on resilience: multiple contexts, multiple realities among at risk children and youth. *Youth and Society, Vol. 35, No. 3, March 2004, pp. 341-365.*

VanBreda, A.D. (2001). *Resilience theory: a literature review.* Pretoria: South African Military Health Service, Military Psychological Institute, Social Work Research and Development.

Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience.* New York: The Guilford Press.

Ward, C. (2001). The A, B, Cs of Acculturation. In D. Matsumoto (Ed.), *Handbook of culture and psychology* (pp. 411-446). New York: Oxford University Press.

Website media massa:

https://ayobandung.com/read/2020/09/10/127806/kesulitan-orang-tua-saat-anak-belajar-di-rumah. 10 September 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

https://ayobandung.com/read/2020/07/14/106417/dampak-psikologis-belajar-dari-rumah-bagi-anak-dan-orang-tua. 14 Juli 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

https://mediaindonesia.com/read/detail/322799-3087-kasus-kekerasan-anak-terjadi-selama-pandemi-Covid-19. 24 Juni 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

https://tirto.id/kemen-pppa-catat-3000-kasus-kekerasan-anak-selama-pandemi-Covid-19-fK3j. 24 Juni 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

https://www.thejakartapost.com/news/2020/07/24/violence-against-children-triggered-by-burden-on-mothers-amid-Covid-19-survey.html. 24 Juli 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

https://www.liputan6.com/news/read/4358298/kpai-sebut-kondisi-psikologis-orangtua-saat-pandemi-Covid-19-pengaruhi-kekerasan-pada-anak. 17 September 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

https://radartulungagung.jawapos.com/read/2020/07/27/206131/kekerasan-anak-naik-15-persen. 27 Juli 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

https://regional.kompas.com/read/2020/10/14/18175921/kekerasan-terhadap-anak-meningkat-selama-pandemi-dosen-ipb-jelaskan?page=all. 14 Oktober 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

https://republika.co.id/berita/qgr1eg414/kekerasan-terhadap-anak-kpai-soroti-kondisi-psikologi-ortu. 16 September 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

https://www.stc.or.id/kampanye-kami/kampanye-pulih-bersama/kekerasan-anak-di-masa-pandemi,-urusan-siapa. Diaskses 30 Oktober 2020.

https://voi.id/berita/14137/dicubit-dan-dimarahi-bentuk-kekerasan-anak-paling-sering-di-masa-pandemi-Covid-19. 17 September 2020. Diakses 30 Oktober 2020.

Wiwin Hendriani. *The data shows the magnitude of the psychological effects of the crisis situation during this pandemic which was felt by families, especially parents. The increasing burden of responsibility related to children's learning assistance has not always been managed properly by a number of parents, resulting in violent behavior towards children. Parents seem to forget how important the role of parenting is for children's growth and development until future period. It is realized that parenting during the Covid-19 pandemic faces challenges that are not easy. Parents are expected to be able to provide good care and learning assistance in the midst of situations filled with stressors. Meeting these challenges, it becomes important for parents to have psychological resilience, an ability to manage and adapt to a variety of stressful situations in order to stay healthy and productive when faced with adversity. It is important for parents to have resilience. The question then is, how can parents be resilient, so that they can then implement proper care and support the development of children in this pandemic? Although it's brief, this paper will try to explain it comprehensively.*

Bab 23. Menjadi "Ibu Baru" di Era Kenormalan Baru

Hendro Prabowo, Agyl Muhammad Dikrullah, Dewi Anggita Putri,
Lucky Hardinugraha, dan Pascalis Alexius Assa

Peran wanita dalam perekonomian dan pembangunan sudah terlihat sejak Indonesia di bawah kekuasaan Belanda pada abad ke-16. Melalui perusahaan dagang VOC, wanita memiliki kesempatan bekerja, seperti menjadi buruh di perkebunan teh, kopi, karet, tembakau, dan pertambangan. Meski telah melibatkan diri dalam perekonomian, kondisi wanita sebagai pekerja masih sangat jauh dari kata layak. Keadaan ini mendorong munculnya berbagai pergerakan politik yang memperjuangkan hak-hak wanita (Vibriyanti, 2015). Hal ini semakin menjadikan wanita memiliki hak dan dapat terlibat di dalam dunia pekerjaan.

Utaminingsih (2017) mendefinisikan wanita pekerja sebagai wanita yang sedang menekuni suatu pekerjaan/profesi dalam kurun waktu tertentu sehingga menghasilkan pendapatan, berpeluang untuk dapat mengembangkan diri dan kepribadian, mencapai peningkatan jabatan, serta memiliki peran baru secara keseluruhan guna mencapai tujuan untuk berprestasi lebih tinggi baik dari sisi pendapatan maupun status.

Seiring dengan perkembangan zaman, persebaran wanita pekerja semakin meluas ke berbagai sektor dan angka wanita pekerja di Indonesia semakin meningkat. Menurut Hakiki dan Supriyanto (2018), presentase wanita produktif yang bekerja mencapai 48,12%, dimana kegiatan bekerja dianggap sebagai aktivitas utama dibandingkan kegiatan lainnya, dan disusul kegiatan mengurus rumah tangga (37,86%). Tingginya angka pada kegiatan bekerja dan mengurus rumah tangga ini menunjukkan adanya dualisme peran (peran ganda) yang dimiliki wanita. Pada praktik sosial, wanita yang berkerja dan sudah berkeluarga (ibu pekerja), tetap memiliki peran penting dalam hal mengurus rumah tangga. Hal ini didukung oleh data dari International Labour Organization (2020) yang menunjukkan bahwa sekitar 63,05% wanita yang telah memiliki pasangan dan

anak di negara-negara Asia Selatan adalah seorang pekerja.

Peran ganda pada ibu pekerja di mana mereka harus bekerja dan tetap mengurus rumah tangga ini tak jarang memunculkan konflik pekerjaan-keluarga (*work-family conflict*) dimana urusan pekerjaan menimbulkan gangguan pada stabilitas kehidupan keluarga. Bagi para ibu pekerja, konflik pekerjaan-keluarga dapat memengaruhi rasa kepuasaan secara individu, perkawinan, maupun pekerjaan mereka (Oktorina, Mula, & Christine, 2010; Namayandeh, Juhari, & Yaacob, 2011). Salah satu alasan mendasar yang menyebabkan terjadinya konflik pada ibu pekerja dengan dualisme peran ini adalah adanya perasaan ketidakseimbangan antara pekerjaan dan tanggung jawab dalam mengurus keluarga. Oleh sebab itu, keseimbangan antara urusan pekerjaan dan keluarga adalah hal yang penting bagi para ibu pekerja

Keseimbangan antara pekerjaan dan keluarga (*work-family balance*) adalah suatu kondisi dimana seorang ibu dapat membagi waktu, perhatian, energi, serta memberikan hasil yang maksimal terhadap kegiatan produktifitasnya, sehingga tanggung jawab dalam urusan pekerjaan dan keluarga dapat diselesaikan dengan baik (Handayani, Afianti, & Adiati, 2015). Meskipun 60% orang dewasa merasa sulit untuk mencapai keseimbangan dalam pekerjaan dan keluarga (Keene & Quadagno, 2004), namun nyatanya tidak sedikit pula ibu pekerja yang berhasil menjalankan dualisme peran. Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Accenture Indonesia, sebanyak 70% partisipan dari 33 negara menyatakan keberhasilan mereka dalam menyeimbangkan urusan pekerjaan dan keluarga. Lebih lanjut, sebanyak 86% wanita di Indonesia dinyatakan telah mencapai *work-family balance* dan presentase ini menempatkan Indonesia pada posisi kedua dalam survei tersebut (Dini, 2013).

Keberhasilan ibu pekerja dalam mencapai *work-family balance* dipengaruhi oleh penggunaan strategi *coping* terhadap konflik-konflik yang muncul (Utami, 2011), dukungan suami, nilai-nilai religius, berbagi pengetahuan, dan penyesuaian diri pada kehidupan sosial juga dipercaya dapat membantu para ibu pekerja dalam mengadapi konflik yang ada (Putrianti, 2007; Utami, 2011). Keberhasilan dalam *work-family balance* ini memiliki kontribusi yang besar dalam meningkatkan komitmen dan produktifitas ibu pekerja. Hasil penelitian

Moore (2007) menunjukkan bahwa pekerja yang telah mencapai *work-family balance* cenderung memiliki komitmen tinggi terhadap organisasi, perilaku positif dalam bekerja, dan meningkatkan produktivitas kerja, serta menurunkan tendensi *turnover* dan ketidakhadiran pekerja. Lebih lanjut, tercapainya *work-family balance* juga memiliki dampak positif pada kesehatan dan keberfungsian para pekerja di masyarakat (Halpern, 2005). Bagi ibu pekerja, *work-family balance* dapat menimbulkan kesejahteraan keluarga dan perasaan bahagia sebagai seorang ibu (Afiatin, Wintoro, Ulfa, & Istianda, 2014).

Dengan demikian, meskipun peran ganda seorang ibu yang bekerja dapat menyebabkan konflik antara keluarga dengan pekerjaan, tetapi jika seorang ibu yang bekerja dapat menyeimbangkan antara keluarga dengan pekerjaannya (*work-family balance*), hal ini akan memberikan efek yang positif baik pada kehidupan keluarga dan juga pekerjaan.

Work-family balance menjadi semakin penting bagi wanita pekerja, terutama dengan adanya kondisi pandemi Covid-19 saat ini. Covid-19 merupakan virus yang menyebar secara global sejak awal tahun 2020. Virus ini pertama kali muncul di kota Wuhan, Tiongkok pada akhir tahun 2019. WHO menetapkan penyebaran virus ini sebagai pandemi global pada 11 Maret 2020 (Putri, 2020). Hingga Juni 2020, total terhitung 9,76 juta kasus terkait virus ini yang tersebar di 213 negara di seluruh dunia. Banyak negara menetapkan *lockdown*.

Di Indonesia, kasus Covid-19 terdata sejak 2 Maret 2020 dan hingga Juni 2020, total ada 51,427 kasus. Menanggapi situasi ini, Pemerintah RI mengimbau masyarakat untuk "belajar di rumah, bekerja di rumah, dan beribadah di rumah" (Ihsanuddin, 2020). Lebih lanjut, DKI Jakarta menerbitkan Pergub No. 33 Tahun 2020 tentang pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) sebagai bentuk *social distancing* untuk menghentikan laju penyebaran virus yang berlaku pada 10 April 2020 (Umah, 2020). Selain Jakarta, terdapat tiga provinsi dan 26 kabupaten/kota lain yang menerapkan PSBB (Utomo, 2020).

Perberlakuan PSBB ini memunculkan keadaan dan masalah baru. Masyarakat didesak untuk mengubah rutinitasnya dengan melakukan berbagai penyesuaian dan membentuk "*new normal*". Salah satu penyesuaian tersebut

yaitu dipindahkannya aktivitas bekerja dan belajar ke rumah masing-masing. Saat ini, banyak orangtua yang bekerja dari rumah (WFH/*Work from Home*) sekaligus harus mendampingi anak belajar jarak jauh dari rumah (SFH/*Study from Home*) (Marliani, dkk., 2020). Keadaan ini memunculkan banyak tantangan bagi para ibu pekerja. Beban domestik mereka, mulai dari mengurus rumah hingga mendampingi pendidikan anak dari rumah, menjadi bertambah berkali-kali lipat. Beban ganda mereka, sebagai pekerja dan ibu rumah tangga, menjadi lebih kental karena tidak adanya pemisah 'ruang' yang pasti (Sukarta, 2020).

Peran ibu pekerja selama WFH juga diperberat dengan stigma gender yang beredar di Indonesia. Meski topik kesetaraan gender sejauh ini telah banyak diangkat, masyarakat Indonesia masih mempunyai karakteristik sistem patriarkal yang menganggap posisi laki-laki lebih tinggi dari perempuan, dan memandang laki-laki sebagai pencari nafkah sementara perempuan mengurus rumah tangga (Himawan, 2020). Studi di Indonesia menunjukkan bahwa laki-laki cenderung memaknai kesetaraan gender di kehidupan rumah tangga dalam bentuk menghargai pendapat istri (Lestari, 2015) atau mengambil keputusan bersama dalam keluarga (Revida & Purba, 2004), bukan secara langsung mengerjakan tugas-tugas domestik. Stigma tersebut jelas memperberat peran ganda ibu pekerja karena meski sama-sama memiliki tanggung jawab pekerjaan seperti suami (dan mereka sama-sama WFH saat ini), namun ibu pekerja juga sepenuhnya memikul tanggung jawab domestik dan mengasuh anak di rumah. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi para ibu pekerja untuk mencapai *work-family balance*, terutama selama WFH pada masa pandemi Covid-19 ini.

Ulasan berbasis riset empiris ini bertujuan untuk mengetahui makna baru menjadi seorang ibu pada ibu pekerja selama pandemi Covid-19. Hasilnya diharapkan akan menghasilkan hipotesis-hipotesis baru.

Pendekatan Fenomenologi

Makna dari pengalaman ibu pekerja selama pandemic Covid-19 didekati secara fenomenologis. Fenomenologi adalah pendekatan yang berfokus pada penjelasan makna pengalaman hidup yang dirasakan beberapa individu terhadap suatu konsep atau fenomena. Partisipan dalam penelitian ini merupakan empat

orang ibu pekerja yang mengalami pemberlakuan kebijakan *work from home* (WFH) dari instansi tempat bekerja akibat pandemi Covid-19. Data demografis partisipan dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Demografi Partisipan

No.	Partisipan (Inisial dan Usia)	Deskripsi Anak-anak (Jenis Kelamin, Umur dan Pendidikan)	Pekerjaan dan Tempat Tinggal
1.	E (45 tahun)	1. Laki-laki, 18 tahun, SMA 2. Laki-laki, 13 tahun, SMP	*Head Cashier* Tangerang
2.	AW (28 tahun)	1. Laki-laki, 4 tahun, PAUD	Pebisnis *skincare* Jakarta Timur
3.	YL (29 tahun)	1. Perempuan, 3 tahun, PAUD 2. Perempuan, 1 tahun 3. Laki-laki, 1 tahun	Karyawan BUMN Bogor
4.	NT (48 tahun)	1. Laki-laki, 22 tahun, kuliah S2 2. Laki-laki, 11 tahun, SD	Karyawan swasta, IT Depok

Penulis melakukan wawancara langsung kepada partisipan yang dekat secara fisik. Pemulis mewawancarai partisipan yang berjarak jauh secara daring melalui pesan pribadi. Adapun, jenis wawancara yang dilakukan adalah wawancara tidak terstruktur. Penulis tidak menggunakan susunan pertanyaan spesifik dan banyak memberikan pertanyaan terbuka kepada partisipan. Setelah melakukan wawancara, penulis membuat transkrip wawancara berdasarkan hasil wawancara. Penulis menggunakan analisis tematik untuk mereduksi data dan melakukan *open coding* untuk mengidentifikasi tema-tema besar dan subtema. Hal ini dilanjutkan dengan *axial coding* untuk menjelaskan makna pengalaman hidup terhadap fenomena yang diteliti.

Tekanan Kerja dan Makna Baru

Hasil penelitian terdiri dari tema-tema utama, yaitu tekanan dan dampak tekanan kerja, cara mengatasi tekanan ketika bekerja di rumah, makna

bekerja dan menjadi ibu rumah tangga, dan makna baru menjadi ibu rumah tangga.

Tekanan Kerja dan Dampak Tekanan

Pada penelitian ini, setiap partisipan—seorang ibu rumah tangga sekaligus pekerja—diberikan pertanyaan-pertanyaan terkait tekanan kerja yang dirasakan selama WFH berlangsung dan dampak dari tekanan tersebut. Dari hasil wawancara, diperoleh dua subtema yaitu segi ekonomi dan segi sosial.

1. **Tekanan Ekonomi**

Partisipan menyatakan bahwa pandemi yang terjadi saat ini membuat mereka mendapatkan tekanan ekonomi dari pekerjaannya. Tekanan ekonomi tersebut berasal dari perusahaan tempat partisipan bekerja yang tidak berjalan seperti biasanya. Gangguan pada produktivitas perusahaan ini menyebabkan partisipan menerima pekerjaan yang lebih sedikit sehingga penghasilan partisipan pun berkurang. Partisipan mengalami pengurangan penghasilan akibat pandemi Covid-19, sebagaimana salah satu partisipan mengatakan, "Bulan ini satu minggu cuma masuk dua atau tiga kali, atau sebulan cuma sebelas hari masuk dan digaji setengah dari gaji pokok". Seorang partisipan lainnya tidak mengalami pengurangan gaji secara langsung, namun turut menganggap pengurangan gaji yang dialami suaminya sebagai hal negatif. "Kalau lagi diliburkan gini, gajinya juga dikurangin. Ya, itu negatifnya," menurutnya.

Seorang partisipan juga mengatakan bahwa pandemi ini menghambat pengiriman paket pesanan untuk para *customer* yang dilayaninya. Menurutnya, paket yang dikirimnya banyak mengalami keterlambatan, "Biasanya cepet sampai, sekarang karena *lockdown* di mana-mana, banyak keterlambatan". Tuntutan untuk melakukan pekerjaan dari rumah yang membutuhkan jaringan internet juga memberikan tekanan ekonomi pada salah satu partisipan. "Kendalanya di jaringan internet. Jadi lebih boros paket data," ungkap partisipan tersebut.

Pendapatan partisipan yang berkurang akibat pandemi Covid-19 berdampak pada anggaran rumah tangga partisipan. Partisipan harus mengurangi

pengeluaran bulanan untuk menyelamatkan ekonomi keluarga. "Mengurangi keperluan rumah tangga yang gak perlu, belanja juga minimalis, anak-anak juga jajan lebih dibatasi," menurut partisipan tersebut.

2. **Tekanan Sosial**

Selain tekanan dari segi ekonomi, pandemi yang terjadi saat ini juga membuat partisipan mengalami tekanan sosial. Kegiatan pekerjaan yang biasanya dilakukan dengan tatap muka langsung, kali ini harus dilakukan dari jarak jauh dengan melalui media internet. Hal ini pun menuntut partisipan untuk beradaptasi dengan kondisi kerja yang baru. Menurut salah satu partisipan, "Kita suka ngadain *home sharing* atau seminar-seminar *motivation* gitu. Semenjak ada Covid-19, kegiatannya semua lewat Zoom." Partisipan juga mengeluhkan mengenai wajibnya siaga ponsel seharian, "HP harus *standby* kalau sewaktu-waktu ada panggilan *meeting*. Sedangkan di rumah kalau sudah *sama* anak, sebisa mungkin saya tidak pegang HP agar anak-anak juga *nggak* ingin main HP." Hal ini memberikan dampak lain juga kepada partisipan dimana partisipan harus menyusui ketika sedang bekerja atau mengunci diri di kamar agar anak tidak mengganggu waktu kerja, "Saya ngunci diri di kamar. Anak-anak main sama ART (Asisten Rumah Tangga), tapi kalau ada yang nangis, ya, saya susui sambil kerja."

Ketika partisipan harus berkoordinasi dengan rekan kerja, partisipan merasa kesulitan dan merasa tidak terpenuhi akan kebutuhan partisipan untuk berinteraksi dengan rekan kerja. Hal ini menurut partisipan merupakan "dampak negatif" dari sistem WFH yang berlangsung.

Selain itu, hal ini berdampak pada kondisi mental partisipan yang menjadi lebih prihatin, terlalu banyak berpikir, dan khawatir apakah pandemi ini akan terus berlangsung, dan akan terus berdampak pada masyarakat. "Saya ikut prihatin, ya, dengan keadaan saudara-saudara kita di luar sana. Walaupun saya tidak termasuk salah satu yang bersedih, yak, dengan adanya pandemi ini ataupun pembatasan yang membuat kita tidak dapat keluar rumah. Tapi saya yakin, di luar sana, banyak sekali saudara-saudara itu yang mengalami kesulitan".

Cara Mengatasi Tekanan

Didapati tiga tema besar dari cara partisipan mengatasi tekanan, yaitu dengan menjalankan hobi, menghabiskan waktu dengan keluarga, dan beradaptasi dengan keadaan baru.

1. **Menjalankan Hobi**

Selama bekerja dari rumah, partisipan berusaha sebisa mungkin untuk mengatasi tekanan yang dirasakan, salah satunya dengan menjalankan hobi. Seluruh partisipan mengatakan bahwa memasak merupakan hobi mereka yang paling dapat mengatasi tekanan-tekanan yang mereka alami. "Memasak masakan yang diinginkan oleh anak" adalah salah satu hal yang dapat membuat partisipan merasa senang, yang jarang bisa mereka lakukan saat bekerja di kantor. Partisipan lain mengatakan, "...nyoba resep-resep yang belum pernah bikin, misal martabak, bolu, *cookies*, dll. Dan semua dilakukan bareng keluarga." Kondisi WFH memungkinkan salah satu partisipan untuk memiliki waktu dan tenaga lebih untuk menjalankan hobi memasak yang sebelumnya terhambat kondisi pekerjaan. "Saya sendiri memang hobi untuk membuat kue. Ketika saya masih bekerja dari kantor, saya antara tidak sempat atau terlalu lelah karena perjalan di kereta," ungkap partisipan tersebut.

Partisipan lain juga berusaha mengatasi tekanan dengan bermain *mobile game* di saat sudah sangat terbebani dengan tekanan yang terjadi. Ada juga yang menjadikan olahraga sebagai pilihan untuk mengatasi tekanan, agar lebih ringan dalam berpikir. "Saya ada kegiatan olahraga, badminton, bersepeda sambil berjemur, hampir tiap hari. Bisa pagi atau sore."

2. **Menghabiskan Waktu dengan Keluarga**

Keluarga adalah salah satu yang dapat membuat partisipan lupa dengan tekanan yang terjadi. Kondisi pandemi yang terjadi juga memberikan kesempatan bagi partisipan untuk memantau proses anak belajar, berhubung kegiatan belajar selama pandemi dilaksanakan dari rumah, "Menghabiskan waktu dirumah dengan anak-anak bisa juga membantu mereka karena kan bukan cuma yang bekerja ya yang dari rumah tapi juga yang belajar itu dari

rumah." Ketika partisipan belajar bersama anak-anak, partisipan merasa lebih senang dan tenang. "Selain itu, kalo kakak kan udah sekolah PAUD jadi belajar di rumah. Dapat tugas dari sekolah otomatis ortu juga ngebimbing. Lainnya itu ya bikin kegiatan edukasi sama anak-anak. Saya banyak permainan montessori sama materi-materi belajar bermain yang *printable*. *Print* pake kertas bekas pas di kantor. Kebanyakan menulis, mengggunting, menempel, *puzzle*, dsb."

Bermain dengan anak-anak juga merupakan kegiatan yang sulit sekali partisipan dapatkan ketika bekerja di kantor, sehingga merupakan hal yang dapat menghilangkan penat partisipan dari tekanan yang ada. Selain itu, bekerja dari rumah dengan pekerjaan yang lebih sedikit, membuat salah satu partisipan merasa senang karena "Lebih suka fokus mengurus keluarga", dan hal ini bisa membuat tekanan yang terjadi seakan-akan terlupakan.

3. **Beradaptasi dengan Kegiatan Baru**

Tekanan yang dialami partisipan membuat partisipan terlalu banyak berpikir dan *was-was*, sehingga partisipan merasa jika hal itu terus dibiarkan, hanya akan mempersulit. Salah satu partisipan berusaha mencoba agar dapat menerima keadaan dan mengambil hikmah "Cuman yak udahlah kita mau gimana lagi yak kita harus menghadapi semua ini dan tetap tawakal yak kita berdoa. Mudah-mudahan semua ini ada hikmah lah di balik semua musibah itu pasti ada hikmah yang harus kita pelajari."

Makna Bekerja dan Menjadi Ibu Rumah Tangga

Partisipan diberi pertanyaan mengenai apa makna yang dirasakan dari menjadi ibu rumah tangga sekaligus pekerja. Hasil wawancara mendapatkan dua tema besar, yaitu menyeimbangkan bekerja dan menjadi ibu dan alasan menjadi wanita karier.

1. **Menyeimbangkan Bekerja dan Menjadi Ibu**

Partisipan menemukan makna bahwa menjadi seorang ibu dan juga pekerja merupakan hal yang harus diseimbangkan. Menjadi ibu adalah peran

yang tidak dapat lepas dari seorang wanita yang sudah memiliki anak, jadi meskipun bekerja, tetap harus mengingat peran utama sebagai ibu. "Menjadi ibu itu tidak mengenal lelah. Karena walaupun lelah, peran ibu tidak bisa digantikan oleh siapapun. Bahkan Ayah. Apalagi ART. Jadi walaupun bekerja, ibu harus tetap menjalankan perannya sebagai ibu semaksimal mungkin. Baik dari segi agama, akhlak, pendidikan, sosial, gaya hidup, pola makan dsb."

Seorang partisipan lainnya mengungkapkan pendapat yang sama, bahwa ibu harus dapat membagi waktu antara pekerjaan dan keluarga. Partisipan tersebut menyarankan, seorang ibu seperti dirinya lebih baik berbisnis. Karena ketika menjadi pebisnis, dapat lebih leluasa mengatur waktu, target dan cara kerjanya sendiri, "Dengan berbisnis, kita bisa sambil mengurus anak dan rumah tangga kita sendiri."

Menjadi ibu yang bekerja juga tetap harus berusaha sebisa mungkin mendampingi anak belajar karena "Anak itu bagi saya merupakan anugerah terbesar yang didapatkan dari bekeluarg," menurut salah satu partisipan. Keseimbangan antara pekerjaan dan menjadi ibu penting karena selain mendukung anak partisipan dari penghasilan pekerjaan, ibu yang bekerja juga ingin hadir dalam kehidupan anak, "Saya ingin sebisa mungkin untuk hadir di kehidupan anak-anak saya dan memberikan mereka hal yang terbaik yang mampu saya berikan."

2. **Alasan Menjadi Wanita Karier**

Ketika diberi pertanyaan mengenai makna menjadi ibu pekerja, salah satu partisipan menjawab bahwa menjadi seorang wanita karier adalah kebiasaan yang sudah terbiasa dilakukan semenjak belum menikah. "Aneh kalau tidak bekerja," merupakan jawaban dari partisipan. Selain itu karena keinginan tidak mau berpangku tangan atau "Tidak mau menyusahkan suami untuk kebutuhan saya," adalah makna dibalik menjadi seorang ibu yang bekerja. Pendapatan yang lancar juga merupakan salah satu alasan untuk menjadi wanita karier, "Namanya kita kerja dengan orang lain tuh kan gaji pasti langsung masuk rekening."

Makna Baru Menjadi Ibu Rumah Tangga

Diperoleh empat tema besar mengenai makna baru menjadi ibu rumah tangga. Tema tersebut yaitu hubungan dengan keluarga, hubungan dengan anak-anak, peran ibu, dan sikap baru.

1. **Hubungan dengan Keluarga**

Selama bekerja di rumah seluruh partisipan merasa jauh lebih dekat dengan keluarga. Menjadi ibu rumah tangga merupakan hal yang sangat bermakna. Seorang partisipan mengatakan, "Kebersamaan yang tidak bisa saya dapatkan sebelumnya," dialami ketika bekerja dari rumah dimulai. Partisipan lain mengatakan "Akibat WFH, jadi lebih banyak waktu bersama keluarga terutama anak-anak. Bisa bekerja sambil menyusui pun terasa nikmat." Tak hanya lebih dekat, kesempatan untuk melakukan kegiatan-kegiatan bersama keluarga yang tadinya sangat sulit untuk dilakukan karena kesibukan bekerja, menjadi mungkin untuk dilakukan "Saya bersama dengan anak-anak dan suami saya melakukan bersih-bersih rumah bersama." Lebih banyak waktu dengan keluarga adalah hal tidak bisa didapatkan ketika bekerja di kantor. Seorang partisipan menganggap hal tersebut sebagai sisi positif WFH, "Positifnya kita banyak waktu sama-sama dengan keluarga."

2. **Hubungan dengan Anak-anak**

Pandemi yang terjadi saat ini membuat makna menjadi ibu rumah tangga lebih kuat. Bekerja dari rumah memberi kesempatan kepada partisipan untuk mengawasi perkembangan anak-anak, "Dengan banyak menghabiskan waktu dengan mereka, saya juga bisa melihat mereka perlahan tumbuh dewasa, dan itu membawa kebahagiaan sendiri bagi saya." Sebelumnya, partisipan terbatas dalam hal itu. "Biasanya saya hanya bisa mengawasi lewat telpon," adalah hal yang dilakukan salah satu partisipan ketika bekerja di kantor.

Partisipan juga merasa kesempatan untuk menghabiskan waktu dengan anak dan melihat perkembangan anak merupakan hal yang sangat berharga karena, "Menghabiskan waktu dengan anak itu merupakan sesuatu yang sangat

berharga, mengingat waktu kita semua di dunia ini kan terbatas." Salah satu partisipan terdorong untuk menghabiskan waktu dengan anak karena, "Saya sendiri sudah merasakan, ya, dulu ketika saya menjadi seorang anak. *Feeling* bagaimana menjadi anak dengan orangtua yang jarang hadir karena kesibukan masing-masing." Pemahaman tersebut mendorong partisipan tersebut untuk menjadi orangtua yang lebih baik, "Saya terus berusaha menjadi orangtua yang baik. Paling tidak, saya ingin anak-anak saya merasa senang ketika mengingat waktu yang mereka habiskan dengan saya," dan memanfaatkan waktu lebih yang tersedia selama WFH untuk hadir dalam kehidupan anak. Waktu lebih untuk menjalankan hobi juga merupakan kesempatan untuk hadir dalam kehidupan anak, "Saya merasa senang, karena selain bisa menjalankan hobi saya, hobi saya juga dapat membuat anak-anak saya merasa senang."

Dengan bekerja dari rumah, partisipan menemukan bahwa dirinya lebih dapat memahami kegiatan-kegiatan yang anak lakukan dibandingkan ketika bekerja dari kantor "Karena selama ini kan kalau saya *working from office*, saya terus terang agak tutup mata lah. Saya pulang, tahunya dia sudah beres saja." Dengan adanya WFH, partisipan dapat ikut belajar dan memantau bagaimana anak belajar di rumah, "Saya jadi bisa ikut melihat dan memantau bagaimana dia belajar di rumah itu selama ini."

Selama masa pandemi ini pula, seorang partisipan menyadari bahwa menjadi seorang ibu berarti juga menjadi guru bagi anak. Ketika ditanya maksud menjadi "guru", partisipan menjelaskan karena seluruh kegiatan belajar mengajar kini dilakukan secara daring. Ketidakhadiran guru mengharuskannya untuk mengisi kekosongan posisi tersebut. Suka tidak suka, mau tidak mau, dirinya harus bisa menjadi guru untuk anak sendiri. "Biasanya anak-anak belajar di sekolah, orang tua tinggal ngulang aja di rumah. Kalo sekarang bener ngedampingin, ngejelasin, selayaknya guru di sekolah," jelasnya.

3. **Peran Ibu**

Selama bekerja di rumah, partisipan merasa memiliki waktu lebih banyak untuk fokus menjadi ibu rumah tangga, yang berarti memiliki tanggung jawab yang lebih banyak dari sebelumnya. Salah satunya adalah bertambahnya

tanggung jawab untuk memasak. Sebelum WFH, sering membeli makanan di luar, namun setelah diberlakukannya WFH, partisipan mulai mengurangi beli makanan di luar, "Jadi harus sering masak," ungkapnya.

Pada masa ini, partisipan merasa kegiatan-kegiatan yang seringkali terhambat karena kesibukan di kantor bisa dilakukan, "Saya menggunakan kesempatan untuk bersih-bersih rumah lebih mendalam." Kegiatan-kegiatan tersebut juga merupakan kesempatan untuk membagi tanggung jawab rumah tangga dengan anggota keluarga lainya, "Saya bersama dengan anak-anak dan suami saya melakukan bersih-bersih rumah bersama jika ada kesempatan."

4. **Sikap Baru**

Menjadi ibu rumah tangga yang lebih fokus, menjadikan partisipan memunculkan sikap baru yang belum pernah ada sebelumnya. Partisipan senantiasa menjadi lebih bersyukur dengan keadaan, "Saya memaknai kondisi ini dengan bersyukur, walau dengan segala kekurangannya," dan lebih merasa bermakna untuk keluarga, "Saya juga sudah berusaha keras untuk menghidupi keluarga ini dengan bekerja." Partisipan merasa harus lebih kreatif untuk mengatasi kondisi kondisi baru, "Nah karena kehidupan yang baru, anak-anak tidak ke mana-mana, kecuali di depan rumah; membuat anak-anak menjadi bosan. Nah di sini ibu juga berperan. Bahwa ibu harus kreatif. Ibu harus membuat hari-hari di rumah aja ini tetap menyenangkan bagi anak-anak. Bahkan juga bagi para ART." Selain itu, partisipan menjadi memahami bahwa prinsip lebih baik menghindari daripada mengobati harus senantiasa dilakukan. "Memang prinsip-prinsip itu terdengar umum. Tapi, di sini saya menjalankannya dengan sungguh sungguh. Dan, tetap disisi lain, saya juga selalu berdoa agar saya dan keluarga saya dijauhkan dari penyakit tersebut dan penyakit berbahaya lainnya."

Tantangan dan Sikap Baru Ibu Pekerja

Kebijakan untuk melakukan WFH selama masa pandemi Covid-19 membawa dampak positif dan negatif bagi ibu pekerja. Meskipun WFH memberikan tuntutan lebih untuk menyeimbangkan waktu bekerja dan

waktu menjadi ibu, WFH juga memberikan kesempatan kepada ibu pekerja untuk menghabiskan lebih banyak waktu dengan keluarga. Hal ini membuat WFH menarik karena tekanan baru (yang berasal dari tuntutan lebih untuk menyeimbangkan waktu antara pekerjaan dan keluarga) datang bersamaan dengan cara untuk mengatasi tekanan tersebut (yaitu waktu lebih untuk mengejar ketidakhadiran mereka di rumah selama ini). Hal ini sesuai dengan penelitian Adisa, Gbadamosi, Gbolahan, dan Ellis (2016), yang menemukan bahwa ibu pekerja menggunakan berbagai cara untuk mengejar absensi mereka dari rumah yang disebabkan karena pekerjaan, dan menggunakan *coping strategies* yang beragam untuk mengatasi hal tersebut.

Selain tantangan menyeimbangkan waktu antara pekerjaan dan keluarga, ibu pekerja juga menghadapi tantangan untuk melakukan resosialisasi identitas mereka sebagai ibu pekerja. Penelitian Ladge dan Greenberg (2015) menunjukan bahwa wanita pekerja menggunakan taktik adaptasi menyesuaikan prioritas identitas mereka untuk menyeimbangkan identitas maternal dan professional mereka pada masa yang tidak pasti. Hasil penelitian menunjukan bahwa pandemi yang terjadi saat ini membuat makna menjadi ibu rumah tangga lebih kuat. Ibu pekerja merasa bersyukur atas kesempatan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga. Hal ini menunjukan bahwa prioritas identitas maternal mereka lebih tinggi dibandingkan dengan identitas professional. Hal ini berbeda dengan penemuan Patel, Govender, Paruk, dan Ramgoon (2006), bahwa ibu pekerja merasa pekerjaan mereka yang dibayar lebih penting dibandingkan dengan pekerjaan rumah tangga. Perbedaan ini mungkin muncul karena pada kondisi sebelum WFH, melakukan pekerjaan yang dibayar dan melakukan pekerjaan rumah tangga merupakan sesuatu yang sulit untuk dilakukan bersamaan karena keterbatasan waktu. Keterbatasan waktu ini membuat ibu pekerja harus menentukan prioritas berdasarkan manfaat yang hadir dari melakukan pekerjaan yang dibayar atau melakukan pekerjaan rumah tangga.

Partisipan memandang waktu yang dihabiskan dengan anak dan kesempatan untuk melihat perkembangan anak sebagai sesuatu yang sangat berharga. Waktu lebih yang hadir dari kondisi WFH, baik untuk partisipan maupun suaminya, memungkinkan partisipan untuk menghabiskan lebih banyak

waktu untuk mengawasi anak. Hal ini dapat mengurangi beban yang hadir dari peran ganda sebagai pekerja dan sebagai ibu, juga mendukung perkembangan anak yang optimal. Hal ini didukung penelitian Handayani dan Munawar (2015), yang menunjukan bahwa ibu pekerja yang dapat menyeimbangkan aspek pekerjaan dan keluarga, dan merasa puas dengan bantuan dari suami dapat mendukung perkembangan anak yang optimal. Peran dari waktu lebih yang dimiliki suami karena WFH untuk mencapai *work-family balance* didukung penelitian Fagan dan Press (2008) yang menemukan bahwa ibu pekerja memiliki *work-family balance* yang lebih tinggi ketika suami mempunyai pekerjaan yang fleksibel dan ketika suami lebih terlibat mengurus anak.

Bekerja dari rumah tentunya membuat peran ganda partisipan bertambah berat. Menemani anak belajar, membantunya mengerjakan tugas, semua hal yang biasanya dilakukan oleh gurunya, sekarang harus dikerjakan oleh partisipan. Ditambah adanya tuntutan harus selalu *standby* memegang ponsel demi pekerjaan, membuat beban peran ganda yang mereka rasakan bertambah. Partisipan harus bolak-balik menjauhi anak, agar anak tidak terpapar, mengikutinya untuk terus memegang ponsel. Namun, dari sini mereka telah menemukan sebuah kebermaknaan hidup sebagai seorang ibu yang baru mereka temukan setelah bekerja dari rumah ini berlangsung. Hal ini sesuai dengan faktor makna hidup yang dikemukakan oleh Frankl (dalam Bastaman, 2007), yaitu nilai-nilai kreatif, nilai-nilai penghayatan, dan nilai-nilai bersikap. Nilai-nilai kreatif partisipan dapatkan setelah tanggung jawab sebagai seorang ibu yang bertambah, sehingga menemukan makna hidup sebagai seorang ibu. Pada nilai-nilai penghayatan, partisipan lebih merasakan makna hidup sebagai seorang ibu ketika lebih sering bersama anak, karena partisipan merasa bahagia menjadi seorang ibu saat dapat melihat perkembangan anak. Nilai-nilai sikap partisipan dapatkan saat harus menerima keadaan bahwa beban peran sebagai ibu semakin terasa berat dan tidak bisa dihindari. Ketika peran ibu terasa semakin berat, partisipan berusaha mengubah sikap mereka menjadi sikap baru agar tetap bisa terus berusaha menjadi ibu yang baik bagi keluarga, sehingga akhirnya partisipan dapat menemukan makna sebagai seorang ibu.

Kesimpulan

Pandemi Covid-19 membuat ibu rumah tangga yang sekaligus pekerja melaksanakan WFH. Kebijakan WFH menuntut ibu pekerja untuk kembali menyeimbangan pekerjaan dan peran mereka sebagai seorang ibu. Waktu lebih berada di rumah yang hadir dari kebijakan WFH membuat mereka menemukan makna baru sebagai seorang ibu yang bekerja. Ibu pekerja merasa lebih dekat dengan anak-anak, dan mendapatkan kesempatan untuk menghabiskan lebih banyak waktu dengan keluarga. Makna baru yang ditemukan dapat membantu ibu pekerja untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi akibat pandemi Covid-19.

Saran yang dapat diberikan dari peneliti untuk ibu pekerja adalah untuk menjaga makna baru yang ditemukan selama WFH, agar makna tersebut dapat terus memberikan manfaat setelah WFH berakhir. Ibu pekerja dapat tetap melakukan kegiatan bersama dengan keluarga seperti bersih-bersih rumah bersama dan menjalankan hobi di akhir pekan. Meskipun waktu yang tersedia mungkin tidak sebanyak ketika melakukan WFH, manfaat yang hadir dari menghabiskan waktu dengan melakukan kegiatan bersama keluarga akan tetap dirasakan ibu pekerja.

Daftar Pustaka

Adisa, T. A., Gbadamosi, G., & Osabutey, E. L. C. (2016). Work-family balance: A case analysis of coping strategies adopted by Nigerian and British working mothers. *Gender in Management*, *31*(7), 414-433.

Afiatin, T., Wintoro, A. Y., Bulo, F. M., Ulfa, L., & Istianda, I. P. (2014). Kebahagiaan ibu bekerja ditinjau dari rentang kehidupan keluarga. *Unpublished Research Report*. Universitas Gadjah Mada.

Bastaman, H. D. (2007). *Logoterapi psikologi untuk menemukan makna hidup dan meraih hidup bermakna* . Jakarta: PT. Rajagafindo Persada.

Dini (2013, Maret 9). Perempuan sudah punya work-life balance. *Kompas.com.* Diambil dari https://lifestyle.kompas.com/read/2013/03/09/13004271/Perempuan.Sudah.Punya.Work-Life.Balance.

Handayani, A., & Munawar, M. (2015). Work-family balanced and quality of parenting in optimizing children development. *Indonesian Journal of Early Childhood Education Studies*, *4*(1), 11-18.

Hakiki, G., & Supriyanto, S. (2018). *Profil perempuan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.

Halpern, D. F. (2005). Psychology at the intersection of work and family: Recommendations for employer, working families, and policy-makers. *American Psychologist, 60*, 397-409.

Handayani, A., Afiatin, T., & Adiyanti, M. G. (2015). Studi eksplorasi makna keseimbangan kerja keluarga pada ibu bekerja. *Seminar Psikologi & Kemanusiaan* (pp.30-36). Malang, Indonesia: Psychology Forum, Program Studi Magister Psikologi, Universitas Muhammadiyah Malang.

Himawan, K. K. (2020, Mei 23). Dilema WFH selama pandemi bagi suami dan istri: Bagaimana mengatasinya. *The Conversation.* Diambil dari https://theconversation.com/dilema-wfh-selama-pandemi-bagi-suami-dan-istri-bagaimana-mengatasinya-138943.

Ihsanuddin (2020, Maret 16). Jokowi: Kerja dari rumah, belajar dari rumah,

ibadah di rumah perlu digencarkan. *Kompas.com.* Diambil dari https://nasional.kompas.com/read/2020/03/16/15454571/jokowi-kerja-dari-rumah-belajar-dari-rumah-ibadah-di-rumah-perlu-digencarkan?page=all.

International Labour Organization. (2020). Labour statistics on women. *Ilostat.* Diambil dari https://ilostat.ilo.org/topics/women/.

Keene, J. R., & Quadagno, J. (2004). Predictors of perceived work-family balance: Gender difference or gender similarity. *Sociological Perspectives, 47*, 1-23.

Ladge, J., & Greenberg, D. (2015). Becoming a working mother: managing identity and efficacy uncertainties during resocialization. *Human Resource Management*, *54*(6), 977-998.

Lestari, D. P. K. P. S. (2015). Pembagian peran dalam rumah tangga pada pasangan suami istri Jawa. *Jurnal Penelitian Humaniora, 16*(1), 72-85.

Marliani, R., Nasrudin, E., Rahmawati, R., & Ramdani, Z. (2020). Regulasi emosi, stres, dan kesejahteraan psikologis: Studi pada ibu work from home dalam menghadapi pandemi Covid-19. *Karya Tulis Ilmiah LP2M UIN SGD Bandung.* http://digilib.uinsgd.ac.id/30722/

Moore, F. (2007). Work-life balance: Contrasting managers and workers in an MNC. *Employee Relations, 29*(4), 365-399.

Namayandeh, H., Juhari, R., & Yaacob, S. N. (2011). The effect of job satisfaction and family satisfaction on work- family conflict (W-FC) and family-work conflict (F-WC) among married female nurses in Shiraz-Iran. *Asian Social Science, 7*(2), 88-95.

Oktorina, M., Mula, I., & Christine, W. S. (2010). Pengaruh konflik pekerjaan dan konflik keluarga terhadap kinerja dengan konflik keluarga sebagai intervening variabel. *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan, 12*(2), 121-132.

Patel, C. J., Govender, V., Paruk, Z., & Ramgoon, S. (2006). Working mothers: Family-work conflict, job performance and family/work variables. *SA Journal of Industrial Psychology, 32*(2), a238.

Putri, G. S. (2020, Maret 12). WHO resmi sebut virus corona Covid-19 sebagai

pandemi global. *Kompas*. Diambil dari https://www.kompas.com/sains/read/2020/03/12/083129823/who-resmi-sebut-virus-corona-covid-19-sebagai-pandemi-global?page=all.

Putrianti, F. C. (2007). Kesuksesan peran ganda wanita karis ditinjau dari dukungan suami, optimisme, dan strategi coping. *Indigenious, Jurnal Ilmiah Berkala Psikologi, 9*(1), 3-17.

Revida, E., & Purba, S. (2004). Persepsi suami terhadap kemitrasejajaran dalam keluarga etnis Simalungun di kota Medan Sumatera Utara. *Mimbar: Jurnal Sosial dan Pembangunan, 20*(3), 274-287.

Sukarta, A. W. (2020, April 20). Aktivis perempuan: Peran perempuan dibutuhkan dalam situasi krisis kesehatan global. *Antara Lampung.* Diambil dari https://lampung.antaranews.com/berita/411748/aktivis-perempuan-peran-perempuan-dibutuhkan-dalam-situasi-krisis-kesehatan-global.

Umah, A. (2020, April 10). PSBB jakarta mulai berlaku, ini yang tak boleh di dki. *CNBC Indonesia*. Diambil dari https://www.cnbcindonesia.com/news/20200410064937-4-151040/psbb-jakarta-mulai-berlaku-ini-yang-boleh-tak-boleh-di-dki.

Utami, D. S. (2011). Strategi work-life balance pada dosen perempuan berperan ganda (Studi kasus di Program Studi Arsitektur). *Tesis*. Yogyakarta: Program Studi S2 Psikologi Universitas Gajah Mada. http://etd.repository.ugm.ac.id/home/detail_pencarian/50665

Utaminingsih, A. (2017). *Gender dan wanita karir.* Malang, Jawa Timur: UB Press.

Utomo, A. (2020, Mei 18). Update sebaran daerah PSBB Covid-19. *Badan Penanggulangan Bencana*. Diambil dari https://bnpb.go.id/infografis/update-sebaran-daerah-psbb-covid19.

Vibriyanti, D. (2015, Februari 17). Sejarah pergerakan perempuan dalam ekonomi. *Kajian Kependudukan.* Diambil dari https://kependudukan.lipi.go.id/id/kajian-kependudukan/ketenagakerjaan/199-sejarah-pergerakan-perempuan-dalam-ekonomi.

Hendro Prabowo, Agyl Muhammad Dikrullah, Dewi Anggita Putri, Lucky Hardinugraha, & Pascalis Alexius Assa. ***Becoming a "New Mother" in the New Normal Era***. *Covid-19 pandemic makes some workers have to do their work from home. The pandemic also makes working mothers who were rarely at home become more often at home with family. This study aims to discover the new meaning of being a mother to working mothers during the Covid-19 pandemic. Involving four working mothers as participants with interviews by online probing. By using open coding, this study found several main themes and several sub-themes. The main themes include pressures, the impact of pressures, and how to deal with the pressures of working at home, as well as the new meaning of working at home, and the new meaning of being a housewife. The work-family balanced theory is discussed.*

Bab 24. Gagasan Teknologi Informasi sebagai Upaya Meningkatkan Kepatuhan dan Kebiasaan Baru

Nurlita Wijayanti

Pendahuluan

Penyakit korona yang disebabkan oleh Covid-19 mulai menginfeksi banyak orang di Wuhan, China di bulan Januari 2020, dan telah dinyatakan sebagai pandemi oleh *World Health Organization* pada bulan Maret 2020, artinya virus ini telah menjadi wabah penyakit yang menyebar ke hampir seluruh negara di dunia, tak terkecuali Indonesia. Di Indonesia sendiri, jumlah kasus penyakit korona telah mencapai 177.571 pada tanggal 1 September 2020 (Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19, 2020).

Covid-19 memiliki sifat penyebaran dan penularan yang cenderung cepat antar manusia (Dzulfaroh, 2020), dengan kata lain, kita pun memiliki peluang untuk menjadi *carrier* atau pembawa virus tersebut dan menularkannya kepada orang lain, meskipun kita tidak mengalami gejala infeksi. Oleh karena itu, segala usaha untuk memutus rantai penularan dilakukan oleh pemerintah melalui himbauan protokol kesehatan, seperti menggunakan masker, saling menjaga jarak (*physical distancing*), bekerja dan sekolah dari jarak jauh, atau di rumah saja jika tidak ada keperluan yang sangat mendesak (International Labour Organization, 2020). Namun, dalam penerapannya, protokol kesehatan ini tidak mudah dilaksanakan oleh masyarakat dengan ragam alasan, seperti tidak mendapatkan sosialisasi, alasan kesehatan kulit karena terlalu lama menggunakan masker, tidak merasa takut tertular Covid-19, maupun karena perlu memenuhi kebutuhan ekonomi, dan hal tersebut memunculkan kecenderungan untuk lalai pada protokol kesehatan (Lumbanrau, 2020).

Sejak awal menghadapi Covid-19, pemerintah Indonesia sudah berusaha untuk mengendalikan penyebaran virus ini, mulai dari memberlakukan kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) yang menutup banyak

fasilitas publik, dan pada tanggal 28 Mei 2020, pemerintah menerapkan Protokol Masyarakat Produktif dan Aman Covid-19 menuju Normal Baru (*New Normal*). Upaya tersebut membawa harapan bahwa masyarakat dapat hidup berdampingan dengan Covid-19 dengan tetap mengikuti protokol kesehatan tersebut. Namun, dalam perjalanannya, makna *New Normal* ini cenderung diterjemahkan secara berbeda oleh masyarakat, sehingga usaha menurunkan angka penularan Covid-19 ini cenderung belum efektif.

Ada aturan protokoler, maka ada sanksi jika melanggar. Demikian yang diupayakan oleh pemerintah, terutama pada tingkat daerah, yang mencoba untuk memberikan sanksi dengan harapan dapat menyadarkan masyarakat tentang pentingnya menerapkan protokol kesehatan untuk mencegah penularan Covid-19. Ada beberapa daerah yang menerapkan sanksi fisik dan sosial. Sanksi ini dianggap akan memberi efek malu dan jera, seperti di Kabupaten Sidoarjo yang menerapkan sanksi berupa menyapu jalanan sambil bernyanyi lagu "Bagimu Negeri," menggunakan rompi oranye yang bertuliskan "Pelanggar PSBB," bekerja di dapur umum, sampai dengan ikut dalam prosesi pemakaman jenazah yang positif terinfeksi Covid-19. Lain lagi di Kabupaten Sragen, Jawa Tengah, bagi pelanggar protokol kesehatan akan diberikan sanksi berupa dikurung di rumah angker, hingga melakukan *push up* bagi pelanggar di daerah DKI Jakarta (Merdeka, 2020). Efektivitas sanksi tersebut nampaknya belum terlihat secara jelas dan terukur dengan baik, sehingga masih cenderung sulit untuk dievaluasi. Hal ini cenderung menyulitkan dalam membuat langkah-langkah yang tepat tujuan ke depannya.

Melihat angka penularan yang masih bertambah hingga bulan Juli 2020, Presiden Jokowi berharap akan ada gerakan yang lebih disiplin dalam rangka menerapkan protokol kesehatan pada masyarakat. Gerakan ini dapat berupa koordinasi dengan interdipliners atau antar bidang kerja untuk mengkampanyekan perihal ini, seperti TNI, POLRI, relawan, organisasi masyarakat, tokoh masyarakat, maupun dalam lingkup universitas. Koordinasi ini dapat bersifat partisipatif dan harus melandaskan setiap keputusan, proses, dan hasilnya pada ilmu pengetahuan dan data yang sesungguhnya (Bayu, 2020).

Menurut Presiden Jokowi dalam rapat terbatas 3 Agustus 2020 yang

lalu, orang yang tidak taat pada protokol kesehatan semakin hari semakin banyak dibandingkan yang mematuhi. Hal ini pernah ditanggapi oleh Deni Kurniadi, seorang epidemiolog dari Universitas Padjajaran yang bertugas dalam riset tentang sosialisasi Covid-19, bahwa pertambahan orang yang tidak patuh tadi merupakan dampak dari pelaksanaan sosialisasi yang belum terprogram dengan baik. Program sosialisasi sebenarnya membutuhkan rancangan tahapan sehingga kita dapat mengetahui efektivitas sosialisasi yang telah diupayakan, seperti penetapan rencana spesifik yang matang, dapat diukur, serta dapat dievaluasi. Deni berpendapat bahwa sejauh ini pemerintah masih cenderung melakukan diseminasi informasi, yaitu penyebaran informasi, namun belum sampai pada pelaksanaan program sosialisasi yang bertujuan meningkatkan kesadaran pada masyarakat. Padahal, penyadaran tentang pentingnya protokol kesehatan terhadap pemulihan penyakit korona dan perekonomian sangat lah penting (Lumbanrau, 2020), sehingga pemberian informasi saja tanpa sosialisasi yang terprogram cenderung tidak akan memberikan efek yang signifikan terhadap peningkatan kepatuhan pada protokol kesehatan.

Sigit Rochadi, seorang sosiolog dari Universitas Nasional (UNAS), Jakarta memfokuskan opini bahwa penyebab dari ketidakpatuhan atas protokol kesehatan dapat disebabkan karena kurangnya pemahaman tentang dua hal, yaitu kerentanan diri yang memiliki peluang tertular Covid-19, serta betapa besar manfaatnya jika mereka mentaati protokol kesehatan. Meskipun demikian, kita tidak dapat menyalahkan masyarakat seutuhnya, karena hal tersebut dapat dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi dan pendidikan yang berbeda-beda, serta kurangnya pemahaman akan petunjuk cara bersikap dan bertindak yang benar dan tepat selama masa pandemi ini (Anisa, 2020).

Menurut Profesor Faturochman yang merupakan psikolog sosial dari Universitas Gadjah Mada (UGM), pengabaian masyarakat terkait protokol kesehatan dapat terjadi karena masyarakat merasa tidak mendapat manfaat maupun keuntungan secara langsung, dan cenderung baru menyadari jika orang-orang di dekatnya mengalami infeksi Covid-19. Perlu adanya program atau formulasi terkait dengan pemberian sanksi bagi pelanggar, serta tidak melupakan pengadaan *reward* untuk orang-orang yang memenuhi kriteria dan

syarat tertentu (Adham, 2020).

Pendapat-pendapat para ahli perlu kita pertimbangkan, karena berdasarkan pengamatan di lapangan, masih sering terlihat orang-orang yang tidak patuh bahkan abai pada protokol kesehatan ini. Dilansir dari beberapa sumber berita yang telah dirangkum, dijelaskan bahwa belum ada hasil yang maksimal dari penerapan protokol kesehatan maupun pengadaan sanksi bagi pelanggarnya. Topik ini masih menjadi pertanyaan dan masih dicari solusi terbaiknya, namun nampaknya, solusi tersebut masih terlalu fokus pada bagaimana cara menerapkan sanksi yang mampu membuat masyarakat benar-benar patuh dan tidak ingin mendapatkan sanksi tersebut, atau membuat pihak pelanggar merasa ketakutan daripada menemukan akar permasalahan atau penyebab dari ketidakpatuhan tersebut. Meskipun demikian, pembahasan tentang sanksi tidak sepenuhnya salah, melainkan perlu dievaluasi kembali, karena tujuan pengadaan sanksi nampaknya melupakan hal-hal yang termasuk esensial, seperti tentang *reinforcement*, *punishment*, dan benang merah dari masalah ini, yaitu kebiasaan (*habit*) yang cenderung dipaksa untuk berubah demi upaya memutus penularan Covid-19.

Kebiasaan (*habit*) merupakan kata kunci dari upaya mengubah perilaku lama menjadi perilaku yang baru, yaitu terbiasa menerapkan protokol kesehatan. Kebiasaan (*habit*) dapat dipertimbangkan menjadi dasar pemikiran dalam pembuatan program Kepatuhan Masyarakat terhadap Protokol Kesehatan, spesifiknya berbasis secara *online*, yaitu memanfaatkan teknologi informatika dalam bentuk aplikasi atau web, sehingga dapat menjangkau masyarakat secara lebih spesifik dan tepat sasaran. Kita juga dapat mempertimbangkan pendekatan *Health Belief Model* (HBM) sebagai referensi untuk evaluasi efektivitas program.

Kebiasaan (*Habit*)

Semenjak pembatasan jarak fisik, beberapa aspek kehidupan, seperti ekonomi, pendidikan, pengasuhan, dan sosio-emosional ikut terdampak. Tidak sedikit orang yang terpaksa mengubah pola kebiasaan dan rutinitasnya semenjak pandemi korona muncul. Dapat dikatakan, kita terpaksa untuk berubah dan

beradaptasi dengan situasi pandemi ini secara mendadak. Padahal, untuk mengubah kebiasaan lama menjadi kebiasaan baru cenderung menantang dan tidak mudah, karena akan ada tendensi untuk kembali ke kebiasaan awal, yaitu sebelum ada pandemi korona (Houston, 2016).

Gardner (2015) pernah mengungkapkan bahwa kebiasaan (*habit*) biasanya digunakan untuk memprediksikan dan menjelaskan perilaku. Jika dilihat dari segi definisi, kebiasaan (*habit*) merupakan proses yang diinisiasi oleh stimulus yang menghasilkan dorongan-dorongan untuk bertindak dan melakukan sesuatu sebagai hasil dari asosiasi respon-stimulus yang dipelajari (Gardner, 2015). Definisi kebiasaan (*habit*) menurut Maio, Manstead, Verplanken, dan Stroebe (2007) merupakan pengulangan perilaku yang bertujuan untuk menciptakan bentuk kebiasaan tertentu, tetapi tidak setiap perilaku yang berulang dapat disebut sebagai kebiasaan (Maio, Manstead, Verplanken, & Stroebe, 2007). Kebiasaan dapat dipahami sebagai perilaku yang telah melewati proses, seperti niat dan tujuan tertentu, serta telah melebur dalam perilaku yang telah dilakukan secara berulang. Perilaku berulang itu memiliki suatu pola sehingga dapat menjadi kebiasaan. Pola lama atau yang sudah terbentuk ini lah yang dapat kita gunakan sebagai acuan dasar dalam rangka mengubah kebiasaan baru di kemudian hari.

Meskipun demikian, menemukan pola kebiasaan lama tidak mudah, karena pola tersebut telah melebur ke dalam perilaku serta tidak terlalu jelas batas antara niat, tujuan, dan alasan sehingga kebiasaan lama itu terbentuk dan bertahan. Carden dan Wood dalam risetnya mengungkapkan bahwa pola dasar dari kebiasaan (*habit*) akan hilang seiring dengan berjalannya waktu. Referensi tentang proses pembentukan kebiasaan (*habit*) ini nampaknya perlu dijadikan pertimbangan untuk membuat kebijakan solutif untuk mengembangkan pendekatan kepada masyarakat agar tetap mengikuti protokol kesehatan selama pandemi.

Menurut Carden dan Wood, kebiasaan dapat terbentuk ketika individu memiliki tujuan yang ingin dicapainya dan membuat individu tergerak untuk melakukan perilaku tertentu. Ketika perilaku tersebut direalisasikan secara spesifik dan berulang, individu akan mengembangkannya secara implisit, sehingga

terbentuk asosiasi-asosiasi di dalam memori yang kemudian dapat membantu individu menyesuaikan diri terhadap konteks dan memberikan respon yang tepat atas tujuan spesifik dan mengembangkan kebiasaan. Jika perilaku tadi diulang secara stabil, niat dan tujuan dari perilaku tersebut secara perlahan akan terlibat dalam proses munculnya perilaku tanpa adanya arahan atau panduan, sehingga kebiasaan akan meningkat secara otomatis. Meskipun demikian, untuk mengubah kebiasaan lama membutuhkan waktu yang cenderung lama.

Dalam riset Carden dan Wood, terdapat aspek mendasar kebiasaan, yaitu aspek kognitif, secara spesifik pada mekanisme atensi. Individu akan lebih fokus pada stimulus yang mendapatkan *reward*, dapat berupa penghargaan, imbalan, atau makna yang mendalam. Dengan kata lain, setelah individu melakukan perilaku tertentu dan mendapatkan *reward*, ia akan cenderung menerimanya sebagai suatu isyarat (*cue*) yang penting atau memiliki kesan yang kuat sehingga ia tergerak untuk mengulang perilakunya hingga mendapat *reward* yang serupa atau sama persis. Sekilas, proses ini memiliki pola yang sederhana, yaitu sistem atensi diikuti oleh perilaku yang muncul setelahnya, lalu terdapat pengenalan secara spesifik atas perilaku yang mendapat *reward* tadi.

Punishment

Jika merujuk pada studi literatur tentang kebiasaan (*habit*), pengadaan *reward* akan cenderung mampu menciptakan kebiasaan baru. Meskipun demikian, *punishment* berupa sanksi dapat dilakukan untuk mengendalikan perilaku seperti memaksa individu untuk lekas beradaptasi dengan kebiasaan baru, seperti pada masa pandemi korona ini, tiap individu dalam masyarakat dihimbau untuk melakukan kebiasaan baru, yaitu mengikuti protokol kesehatan.

Punishment adalah stimulus yang menimbulkan rasa tidak nyaman atau dapat memperlemah suatu respon. *Punishment* dapat diartikan sebagai hukuman dan menghambat perilaku sebelumnya sehingga tidak diulangi lagi di masa mendatang. Di masa pandemi korona, hukuman diterapkan untuk mencegah pelanggaran yang sama terulang kembali. Hukuman berupa sanksi fisik, sosial, dan ada pula yang bersifat administratif, seperti penahanan KTP atau membayar

denda berupa uang yang telah diatur oleh pemerintah daerah.

Pengadaan sanksi atau hukuman dapat dimanfaatkan dalam upaya pendisiplinan masyarakat, namun ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar sanksi tersebut dapat memberi pengaruh pada pelanggar di kemudian hari. Sebaiknya, sanksi yang diberikan sudah melalui pertimbangan matang dan tidak menyimpang dari konteks protokol kesehatan, karena sanksi yang berlebihan atau tidak sesuai konteks cenderung memberikan persepsi yang tidak tepat atau kesalahpahaman terhadap tujuan sanksi. Selain itu, rencanakan pengadaan sanksi yang tidak terlalu bergantung pada kehadiran penertib. Sanksi yang kurang efektif dapat diketahui dari perilaku masyarakat yang cenderung mentaati protokol hanya ketika penertib atau penegak kedisiplinan hadir di dekat mereka. Sanksi sebaiknya tidak terlalu memberatkan, namun memiliki sifat tepat sasaran, tepat guna, memiliki informasi tentang perilaku yang benar dan tepat, serta diikuti *reinforcement* yang mengikuti.

Jika merujuk pada usaha pemberian sanksi yang telah dilakukan, selain dinilai kurang efektif dan cenderung sulit dievaluasi, sanksi yang diberikan cenderung fokus pada sanksi yang menjerakan. Hal ini kurang tepat karena pada dasarnya manusia tidak hanya mengikuti apa yang disampaikan dan ditegaskan kepada dirinya, tetapi mereka memiliki proses kognitif yang membuat perasaannya tergerak secara otomatis melakukan perilaku tertentu. Wajar jika pemberian sanksi dan diseminasi informasi tidak cukup mengubah perilaku masyarakat untuk mengikuti protokol kesehatan, selain karena ini adalah kebiasaan baru bagi mereka, ada faktor lain yang membuat mereka cenderung enggan patuh. Faktor lain yang dimaksud seperti kurang memperhatikan pola dasar kebiasaan manusia, fokus pada sanksi yang menjerakan dan terkesan "memaksa" daripada "menyadarkan," serta minimnya perhatian pada aspek *reinforcement*.

Reinforcement

Reinforcement sendiri merupakan stimulus yang dimanfaatkan untuk memperkuat atau memunculkan perilaku yang serupa di kemudian hari. Meskipun *reinforcement* dapat memberikan efek senang, nyaman, atau membuat

individu lebih bersemangat, *reinforcement* tidak selalu berbicara tentang penghargaan, *reward*, maupun hadiah. *Reinforcement* dapat bersifat ekstrinsik maupun intrinsik. Pengadaan *reinforcement* harus lah berkaitan dengan perilaku sebelumnya, sehingga tidak disarankan untuk menekankan reinforcment intrinsik seperti uang, pujian, atau semacamnya. *Reinforcement* yang disarankan adalah stimulus yang dapat membuat individu merasa puas atau senang, sehingga di kemudian hari ia akan cenderung mengulang perilaku yang serupa bahkan sama secara sukarela karena perasaan senang dan puas tadi. Jika menilik ke upaya pendisiplinan protokol kesahatan, sejauh ini penggunaan *reinforcement* belum nampak jelas seperti pengadaan sanksi.

Health Belief Model **(HBM)**

Health Belief Model (HBM) merupakan teori keperilakuan yang dapat mengukur persepsi individu terkait dengan apa yang dirasakannya selama menjalani intervensi tertentu dalam jangka waktu yang telah ditentukan. Adapun faktor yang diukur yaitu persepsi internal.

Ada lima aspek yang terdapat di dalam teori ini, antara lain:

1. Kerentanan yang dirasakan jika tidak mematuhi aturan (*perceived suspectibility*)
   Individu menyadari bahwa perilakunya akan memberikan manfaat, baik untuk kepentingan drinya sendiri maupun orang lain. Jika dalam konteks pandemi korona, individu dapat menyadari bahwa dirinya merupakan salah satu orang yang berpeluang tertular atau menularkan, sehingga ia merasa perlu melakukan tindakan-tindakan supaya terhindar dari infeksi Covid-19 karena siapapun dapat beresiko dan rentan terhadap penularan ini, tidak terkecuali dirinya sendiri.
2. Keparahan yang dirasakan karena akibat dari ketidakpatuhan (*perceived severity*)
   Individu menyakini bahwa adanya keparahan jika terkena suatu penyakit. Jika dibawa ke dalam konteks pandemi korona, itu berarti

individu menyadari adanya potensi dan resiko yang besar jika tertular penyakit korona, meskipun belum pernah mengalaminya. Individu yang menyadari keparahan ini, akan cenderung mematuhi aturan yang ditetapkan terkait dengan penyakit tersebut.

3. Manfaat yang dirasakan dari kepatuhan (*perceived benefit*)
   Individu merasa memperoleh manfaat setelah mengikuti aturan, dalam konteks pandemi yaitu porotokol kesehatan.
4. Kepercayaan diri yang dirasakan saat mengikuti autran dan patuh *(perceived self-efficacy*)
   Individu menyadari bahwa aturan tersebut merupakan upaya pencegahan, dan bermula dari sana, orang tersebut yakin bahwa pencegahan penyakit setelah mengikuti aturan sangat bermanfaat. Hal ini menunjukkan adanya hubungan antara persepsi kebermanfaatan terhadap pencegahan penyakit melalui protokol kesehatan.
5. Hambatan yang dirasakan selama mengikuti aturan dengan benar (*perceived barrier*)
   Ada beberapa hambatan yang individu rasakan selama melakukan atau menunjukkan perilaku yang sesuai dengan aturan, dalam hal ini adalah protokol kesehatan.

Rancangan Program Kepatuhan pada Protokol Kesehatan

Rancangan Program Kepatuhan pada Protokol Kesehatan merupakan suatu rancangan psikologis yang digagas secara teoritis dan dapat dijadikan sebagai referensi program sosialisasi. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kebiasaan baru, yaitu patuh terhadap protokol kesehatan. Selain itu, rancangan program ini berfokus pada penerapan unsur-unsur psikologis pada layanan berbasis *online* atau informatika. Tujuan layanan berbentuk *online* ini agar dapat menjangkau masyarakat secara spesifik dan responsif. Hal ini dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap aplikasi dari program ini. Proses pembuatan program ini tentunya akan melibatkan hubungan kerja interdisipliner, seperti psikolog, dokter, antropologis, dan pengembang IT (*IT Developer*).



Gambar 1. Alur Rancangan Program Kepatuhan terhadap Protokol Kesehatan

Rancangan program ini dibuat melalui lima tahapan, antara lain:

1. **Analisis Kebutuhan**

   Peneliti perlu memperoleh data dari masyarakat terkait dengan beberapa hal, seperti persepsi dan perasaan terhadap pandemi korona, apa yang diharapkan, apa yang akan dan sudah dilakukan, apa saja harapan mereka secara individu terhadap pemerintah, memberikan saran untuk sikap pemerintah dalam mengatasi pandemi korona, macam-macam bantuan yang dibutuhkan, efektivitas sosialisasi sebelumnya yang berhubungan dengan upaya mematuhi protokol kesehatan, serta pendapat mereka terhadap sanksi-sanksi yang berlaku.

2. **Identifikasi Masalah dan Solusi Terapan (Program)**

   Identifikasi masalah akan berfokus pada:

   a. Pola kebiasaan umum

      Identifikasi ini perlu dilakukan untuk mendapatkan gambaran umum tentang pola kebiasaan lama yang akan dimodifikasi menjadi kebiasaan baru, yaitu patuh terhadap protokol kesehatan. Bagian ini juga berhubungan dengan analisis kebutuhan terkait dengan pola-pola yang melatarbelakangi pembentukan kebiasaan sebelumnya

(saat pertama kali dilakukan riset pendahuluan) dan memerlukan studi interdisipliner dengan Antropologi, karena aspek kebiasaan tidak terlepas dari kebudayaan.

b. Penentuan target perilaku

Meskipun terdengar sederhana, kita sering kurang tepat dalam merumuskan target perilaku. Spesifikan target perilaku diikuti dengan rencana pemberian penguatannya, apakah penguatan jenis *reinforcement* atau *punishment*. Dengan kata lain, target perilaku tidak mengandung unsur pemaksaan yang kentara, melainkan memperhatikan aspek psikologisnya, atau kita dapat mengira-ngira, apakah target perilaku tersebut dapat direspon dengan baik ketika diikuti dengan penguatan? Penguatan ini diadakan dalam rangka membentuk isyarat-isyarat baru dan perilaku tersebut akan diulang kembali secara konsisten. Target perilaku yang spesifik ini dapat dijabarkan dalam beberapa kegiatan, baik yang berpengaruh secara langsung maupun tidak.

c. Penetapan *reinforcement* dan *punishment*

Reinforcement dan *punishment* diadakan sebagai penguat perilaku yang muncul sebelumnya agar direspon oleh individu sebagai perilaku yang akan diulangi di kemudian hari. *Reinforcement* maupun *punishment* sebaiknya diadakan secara seimbang dan masing-masingnya tidak memiliki unsur yang berlebihan.

3. **Menyebarkan Informasi Program**

Melakukan penyebaran informasi kepada masyarakat tentang program baru, cara menggunakannya, manfaat dan konsekuensi yang akan diterima jika ternyata tidak mematuhi aturan yang diberlakukan melalui program tersebut.

4. **Evaluasi**

Menelaah kembali hasil pelaksanaan program secara sistem, baik dari segi jumlah masyarakat yang mengikuti program, ketepatan masyarakat

melaksanakan program, data yang terkumpul terkait jumlah pelanggar protokol kesehatan dari program tersebut, dan beberapa data yang secara kolektif dinilai sebagai upaya membuat kebiasaan baru dan cenderung mengikuti protokol kesehatan. Lalu, dalam rangka meneliti efektivitas program, kita dapat dibantu dengan penerapan *Health Belief Model* (HBM). Bila respon yang ditunjukkan termasuk cepat dan sesuai dengan yang kita harapkan, maka ada potensi di kemudian hari ia akan melakukan perilaku yang serupa.

5. **Revisi/Pemutakhiran**

   Setelah mendapatkan hasil evaluasi, tim peneliti dan pengembangan program melakukan pemutakhiran perangkat-perangkat program.

Gagasan Aplikasi

Aplikasi ini merupakan bagian dari Rancangan Program Kepatuhan pada Protokol Kesehatan. Bentuk aplikasi ini memiliki kepraktisan karena mudah terpasang dalam ponsel pintar dalam jangka waktu yang dapat diatur oleh pengguna. Namun, alangkah baiknya jika diluncurkan bersamaan dengan program yang sama dan dapat diakses melalui website. Tujuan dari peluncuran dua jalan akses ini yaitu agar dapat menjangkau masyarakat dari berbagai kalangan meskipun berbasis *online*.

Fitur-fitur yang akan dijelaskan merupakan rancangan dasar dan dapat dimodifikasi sesuai dengan hasil analisis kebutuhan secara riilnya serta keputusan bulat dari pihak pemerintah, peneliti, dan pengembang program. Penjelasan berikut merupakan rancangan dalam bentuk aplikasi.

Jika upaya pemerintah, khususnya masing-masing daerah selama ini berfokus pada pengadaan sanksi, maka rancangan program ini menitikberatkan pada pemberian *reward*, tetapi tetap mengandung unsur pemberian sanksi jika terdapat pelanggaran.

Reward dapat diperoleh secara bertahap, yaitu dengan pengumpulan poin. Pada tiap fitur dan menu memiliki sistem pemberian poin, dan poin

dengan jumlah tertentu dapat ditukarkan dengan bantuan dari pemerintah, baik yang bersifat materi maupun layanan kesehatan atau lainnya.

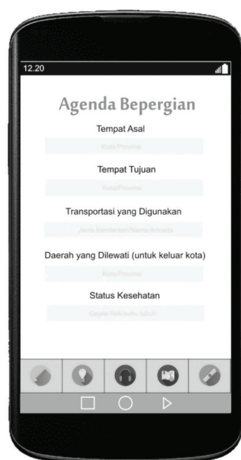
a. **Notifikasi Layar Utama**



Gambar 2. Tampilan Notifikasi Layar Utama

Gambar 2 merupakan tampilan pada “Home” atau layar utama ponsel. Setiap pagi sebelum jam aktif kerja atau sekolah, akan muncul notifikasi yang bertujuan untuk mengingatkan pengguna ponsel agar tetap mentaati protokol kesehatan.

Pada kotak notifikasi, ada dua opsi, yaitu **“Ya. Saya mau buat rencana bepergian”** dan **“Tidak, saya di rumah saja.”** Pengguna ponsel akan diarahkan menuju tampilan lain sesuai pilihan yang dipilih.

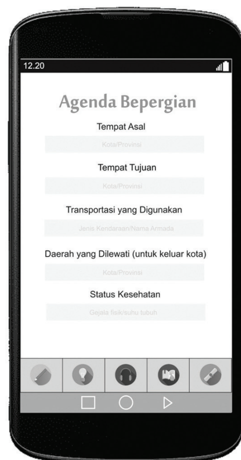


Gambar 3. Agenda Bepergian



Gambar 4. Aktivitas #dirumahsaja

Jika memilih opsi **"Ya. Saya mau buat rencana bepergian,"** maka tampilan yang muncul adalah seperti Gambar 3, dan jika memilih opsi **"Tidak, saya di rumah saja,"** maka tampilan yang akan muncul adalah seperti Gambar 4.



Gambar 5. Detil menu Agenda Bepergian



Gambar 6. Detil menu Aktivitas #dirumahsaja

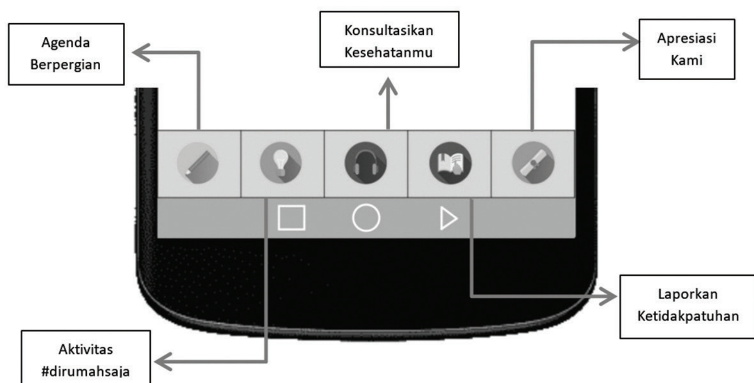
b. **Agenda Bepergian**

Pada Gambar 3 terdapat fitur "Agenda Bepergian." Fitur ini merupakan bagian dari pembiasaan secara langsung. Pengguna yang menuliskan rencana bepergiannya akan diingatkan untuk selalu menggunakan masker, membawa handsanitizer atau sabun untuk mencuci tangan dengan cara memotret dirinya yang telah menyiapkan diri untuk bepergian secara protokoler. Pengondisian ini juga berlaku ketika sesampai di rumah. Pengguna akan menuliskan waktu tibanya di rumah. Kemudian mengisi ceklis protokol kesehatan sesampai di rumah seperti membersihkan ponsel yang digunakan saat di luar, mencuci pakaian dan masker, dan sebagainya.

c. **Aktivitas #dirumahsaja**

Pada Gambar 4 terdapat fitur "Aktvitas #dirumahsaja" secara tak langsung dapat membangun kesadaran kepada masyarakat, bahwa keberadaan mereka di rumah cukup membantu pemerintah. Selama di rumah, pengguna akan tertantang untuk melakukan kegiatan yang produktif. Produktivitas

yang akan dimasukkan dalam program perlu ditetapkan dahulu agar dapat termonitoring oleh sistem sehingga pengguna dapat memperoleh poin dan aspek *reward* psikologis lainnya.



Gambar 7. Tampilan 5 menu utama

Tampilan gambar 7 merupakan lanjutan setelah pengguna melengkapi data dari kotak notifikasi sebelumnya. Tampilan Gambar 7 akan muncul dengan lima *icon* yang merupakan lima menu utama, dan secara sistem akan saling terhubung. Lima icon yang tersedia antara lain: "Agenda Bepergian," "Aktivitas #dirumahsaja," "Konsultasikan Kesehatanmu," "Laporkan," dan "Apresiasi."



Gambar 8. Tampilan dan detil menu
Konsultasikan Kesehatanmu

d. **Konsultasikan Kesehatanmu**

Menu ini berisi layanan kesehatan secara cepat dan responsif, baik kesehatan secara fisik maupun mental.



Gambar 9. Tampilan dan detil
menu Laporkan Ketidakpatuhan

e. **Laporkan Ketidakpatuhan**

Laporan ini dapat dilakukan oleh pengguna aplikasi bila melihat di sekitarnya terlihat dan terkonfirmasi tidak menerapkan protokol kesehatan. Laporan ini dapat berbentuk foto ataupun video yang diberikan tanggal, waktu, dan tempat kejadian. Laporan ini dapat diteruskan ke sistem layanan pemerintah daerah yang bertugas menertibkan maupun mendisiplinkan protokol kesehatan.



Gambar 10. Tampilan dan detil
menu Apresiasi Kami

f. **Apresiasi Kami**

Apresiasi Kami merupakan menu yang berisikan kumpulan poin yang telah dikumpulkan, info tentang *reward* atau pemberitahuan sanksi, riwayat apresiasi, dan pengisian survei kepuasan terhadap apresiasi yang diberikan. Di dalam menu ini juga terdapat layanan pesan yang dapat dimanfaatkan masyarakat untuk menyampaikan pesan kepada pemerintah pusat dan/atau pemerintah daerah sebagai salah satu upaya mewadahi dan mendengarkan suara masyarakat, khususnya perihal sosialisasi protokol kesehatan.

Kelemahan

Rancangan Program Kepatuhan terhadap Protokol Kesehatan ini belum sempurna atau siap untuk diterapkan, melainkan perlu adanya analisis kebutuhan yang riil dan penyesuaian dengan kebutuhan dan kondisi masyarakat, serta kemampuan pemerintah untuk melaksanakannya, sehingga cara sosialisasi dapat lebih terarah dan jelas tujuan.

Penutup dan Saran

Ketidakpatuhan terhadap protokol kesehatan masih sering dikaitkan dengan kesalahan yang harus diberi sanksi agar perilaku masyarakat dapat lekas terkendali. Padahal, ketidakpatuhan dapat dikatakan sebagai suatu fenomena keperilakuan yang perlu ditelaah lebih jauh melalui kaca mata Psikologi. Keperilakuan ini tidak hanya dikendalikan dengan hukuman (*punishment*), melainkan perlu diseimbangkan dengan pemberian *reinforcement*. Upaya pengendalian perilaku yang seimbang dapat diupayakan dengan realisasi gagasan Rancangan Program Kepatuhan pada Protokol Kesehatan dengan pembuatan teknologi informasi.

Implikasi yang diperkirakan dari rancangan program ini adalah memunculkan dan/atau meningkatkan kebiasaan baru, yaitu mematuhi protokol kesehatan. Perkiraan tersebut dicetuskan berdasarkan teori dan pendapat para ahli yang menyorot efektivitas sosialisasi yang masih belum menunjukkan hasil

signifikan terhadap kepatuhan masyarakat. Pada gagasan rancangan program ini, diharapkan masyarakat dapat memahami tujuan dan cara melaksanakan protokol kesehatan secara aktif, meminimalisir ketidakpatuhan, sekaligus memungkinkan masyarakat memperoleh manfaat secara personal maupun kolektif, dan meningkatkan kepercayaan kepada pemerintah yang bersama-sama berjuang dengan masyarakat dalam rangka melawan Covid-19.

Jika gagasan ini dipertimbangkan untuk direalisasikan, maka ada beberapa saran yang ditujukan kepada pemerintah dan masyarakat agar fungsi dan tujuan rancangan program ini mencapai hasil yang optimal.

1. Kepada Pemerintah

   Sosialisasi tetap dilaksanakan, namun dengan program yang lebih terencana, bersifat seimbang (tidak terlalu memberatkan atau melalaikan masyarakat), serta memiliki tujuan, arah yang jelas, dan tepat sasaran. Sebelum merealisasikan program tersebut, perlu dilakukan pertimbangan yang seksama, meliputi pertimbangan keilmuan, seimbang dan konsisten, serta membutuhkan kerja sama yang solid dan koordinatif di antara para ahli di bidang-bidang terkait, seperti psikolog, antropologis, sosiolog, kepolisian, dan lainnya demi mencapai keputusan dan pelaksanaan yang objektif.

2. Kepada Masyarakat

   Masyarakat harus mendukung upaya pemerintah terkait program-program yang diberikan untuk kebaikan bersama, khususnya Indonesia. Dukungan yang diberikan tidak hanya dengan menerima ataupun diseminasi informasi, namun turut melaksanakannya dengan tanggung jawab dan kebesaran hati bahwa setiap individu memiliki perannya masing-masing untuk mengendalikan atau bahkan menghilangkan Covid-19, seperti patuh mengikuti protokol kesehatan. Jika kelak teknologi ini dapat terealisasikan, masyarakat hendaknya dapat memanfaatkannya secara optimal dan bijak sebagai bagian dari usaha pemerintah dalam rangka sosialisasi, sehingga kelak akan mendapatkan manfaat, bagi diri sendiri dan juga masyarakat lain.

Daftar Pustaka

Adham, A. S. (2020, 15 Juli). *Regional: Kepatuhan Masyarakat terhadap Protokol Kesehatan Sangat Rendah*. Diakses tanggal 10 September 2020 dari https://telisik.id/news/kepatuhan-masyarakat-terhadap-protokol-kesehatan-sangat-rendah

Anisa, D. F. (2020, 13 Juli). *Kesehatan: Terdesak Ekonomi, Masyarakat Lalai Terapkan Protokol Kesehatan*. Diakses tanggal 10 September 2020 dari https://www.beritasatu.com/elvira-anna-siahaan/kesehatan/655169/terdesak-ekonomi-masyarakat-lalai-terapkan-protokol-kesehatan

Bayu, D. J. (2020, 13 Juli). *SOROT: Krisis Virus Korona: Kasus Corona Terus Naik, Pelanggar Protokol Kesehatan Akan Kena Sanksi*. Diakses tanggal 10 September 2020 dari https://katadata.co.id/happyfajrian/berita/5f0bfe81ebc9e/kasus-corona-terus-naik-pelanggar-protokol-kesehatan-akan-kena-sanksi

Dzulfaroh, Ahmad Naufal. (2020, 21 Maret). *Penjelasan para ilmuwan Soal Sifat Virus Corona dan penyebarannya yang Ekstrem*. Diakses tanggal 9 September 2020 dari https://www.kompas.com/tren/read/2020/03/21/162100765/penjelasan-para-ilmuwan-soal-sifat-virus-corona-dan-penyebarannya-yang?page=all

Gardner, B. (2015). A Review and analysis of the use of 'Habit' in understanding, Predicting and Influencing Health-Related Behavior. *Health Psychology Review*, 9 (3), 277-295. DOI:10.1080/17437199.2013.876238.

Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19. (2020, 2 September). *Peta Sebaran*. Diakses tanggal 2 September 2020 dari https://covid19.go.id/peta-sebaran

Houston, E. (2016, 27 Juli). *Association for Psychological Science: Changing habits for the long haul*. Diakses tanggal 30 Agustus 2020 dari https://www.psychologicalscience.org/observer/changing-habits-for-the-long-haul

International Labour Organization. (2020). *Dalam menghadapi pandemi: memastikan keselamatan dan kesehatan di tempat kerja.* Switzerland: International Labour Organization.

Lumbanrau, R. E. (2020, 4 Agustus). *Covid-19 Indonesia terus naik: 'orang yang Tak taat protokol makin banyak' karena 'Masyarakat Menengah Bawah Tak Paham'?*. Diakses tanggal 9 September 2020 dari https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-53553408

Maio, G. R., Manstead, A. S., Verplanken, B., & Stroebe, W. (2007). Social psychological factors in lifestyle change and their relevance to policy. *Social Issues and Policy Review, 1 (1).* 99-137. DOI: 10.1111/j.1751-2409.2007.00005.x

Merdeka (2020, 9 September). *Sanksi unik bagi pelanggar protokol kesehatan di Indonesia*. Diakses tanggal 10 September 2020 dari https://www.merdeka.com/peristiwa/sanksi-unik-bagi-pelanggar-protokol-kesehatan-di-indonesia.html

----

Nurlita Wijayanti, *Corona pandemic affects almost all areas of life around the world, including Indonesia for economic, education, parenting, and socio-emotional sectors areas. This why Indonesian government took a big efforts to socialize how to stay productive followed by health protocols and enacted penalty who disobey the protocols. Scientists have opinions about why people disobey health protocols, and why the penalty that have been imposed was not effective in solving this problem. This article try to analyze the root of disobedient problems on health protocols, through psychological perspective. The Health Belief Model Theory was used to evaluate digital based program of "Rancangan Program Kepatuhan terhadap Protokol Kesehatan". Implications of this issue was discussed in this article.*

Bab 25. Kelompok Dukungan Daring di Masa Pandemi Covid-19: Upaya Mencapai Kesejahteraan *(Well-being)* di Tengah Digitalisasi Aktivitas

Syurawasti Muhiddin

Pendahuluan

Teknologi digital telah menembus berbagai aspek kehidupan sehari-hari manusia. Hal ini dapat terlihat dengan semakin meningkatnya pengguna internet dari tahun ke tahun. Jumlah pengguna internet aktif di dunia per Januari 2020 adalah sekitar 4,54 milliar (Clement, 2020). Angka ini meningkat jika dibandingkan tahun 2019 yaitu sebesar 4,39 milliar yang juga meningkat 9 persen (366 ribu) dari Januari 2018 (Kemp, 2019). Tren peningkatan pengguna internet juga terjadi di Indonesia. Pada 2017, ada sekitar 94 juta pengguna aktif internet hingga menjadi 175,4 juta pada awal tahun 2020. Pengguna internet ini meningkat sebanyak 25 juta antara 2019 dan 2020 (Kemp, 2020). Hingga Januari 2020, penetrasi internet di Indonesia mencapai 64 persen (Kemp, 2020) dan tren ini diproyeksikan akan terus meningkat hingga tahun 2023 (Kemp, 2019).

Indonesia merupakan salah satu pasar aktivitas daring terbesar di dunia jika melihat besarnya jumlah pengguna internet. Aktivitas daring yang populer adalah olah pesan seluler dan media sosial (Statista Research Department, 2020). Terdapat 160 juta pengguna media sosial di Indonesia pada Januari 2020 (Kemp, 2020), dengan *Facebook* merupakan jejaring sosial paling populer; sebanyak 81 persen dari populasi daring menggunakan *platform* tersebut (Statista Research Department, 2020). Penetrasi media sosial di Indonesia mencapai 59 persen per Januari 2020 (Kemp, 2020). Sementara itu, sebanyak 338.2 juta koneksi seluler per Januari 2020; jumlah tersebut setara dengan 124 persen total populasi (Kemp, 2020).

Penting untuk memahami konsekuensi internet terhadap kehidupan dan kebiasaan manusia karena pengaruhnya terhadap berbagai aspek (Chahar

dkk., 2014). Internet memiliki konsekuensi positif dan negatif bagi kehidupan manusia. Secara positif, internet telah berpengaruh terhadap cara orang-orang, keluarga, kelompok atau organisasi saling berinteraksi melalui fitur-fitur canggih yang menggunakan prinsip kecerdasan buatan; mengubah cara hidup, pola kerja, dan minat secara mendasar; serta mendefinisikan ulang berbagai sektor industri (Barnett dkk., 2011; Langley dkk., 2020). Manusia telah memasuki era digital ketika berbagai informasi segera tersedia, orang-orang dapat langsung dijangkau tanpa mengenal waktu dan jarak (Barnett dkk., 2011). Di sisi lain, dampak negatif internet juga dikaitkan dengan pembatasan sosial, masalah medis, dan masalah psikologi. Secara khusus, internet juga berdampak pada remaja, seperti timbulnya penyakit kronis dan adiksi yang dapat bersifat merugikan (Chahar dkk., 2014). Penggunaan internet memengaruhi harga diri remaja yang kemudian dapat berdampak pada kehidupan sosial dan hubungannya dengan keluarga (Mathew & Krishnan, 2020). Pada anak-anak, penggunaan media digital berlebihan memberikan dampak buruk pada kesejahteraan psikologis mereka dengan efek terbatas (Bruggeman dkk., 2019), misalnya membuat anak-anak kurang mampu mengembangkan hubungan sosial yang positif dengan orang lain.

Teknologi digital juga dapat menimbulkan stres yang diistilahkan dengan stres digital. Stres digital mengacu pada respon individual terhadap stimulus-stimulus yang berkaitan dengan teknologi digital (Hefner & Vorderer, 2016). Setidaknya, terdapat dua hal yang dapat menjadi pemicu dari stres digital, yaitu: kelebihan informasi yang datang dari berbagai perangkat digital; dan tugas ganda, yaitu mengerjakan beberapa pekerjaan sekaligus dalam waktu yang bersamaan (Gui, Fasoli, & Carradore, 2017). Semakin banyak penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pengguna internet menghadapi masalah dalam mengelola masifnya komunikasi baik di tempat kerja maupun dalam kehidupan pribadi (Gui, Fasoli, & Carradore, 2017).

Tugas ganda juga dapat menjadi pemicu munculnya stres yang dikenal dengan istilah *technostress* (Lee, dkk., 2014). Istilah *technostress* pada dasarnya sama dengan istilah stres digital jika dilihat dari sumber stres. Namun, dapat dikatakan bahwa *technostress* bersifat lebih khusus karena menekankan pada

ketidakmampuan mengatasi tuntutan penggunaan teknologi komputer (Tarafdar & Ragu-Nathan, 2010). *Technostress* juga mencakup stres yang disebabkan oleh penggunaan ponsel (*smartphone*), *Kindles*, *iPad*, konferensi video dan media jejaring sosial (Barnett dkk., 2011) yang dalam hal ini juga menjadi penyebab stres digital. Beberapa faktor penyebab lain yang dihubungkan dengan dampak psikologis negatif dari penggunaan teknologi informasi dan komunikasi, selain luapan informasi dan tugas ganda, yaitu: kecanduan *platform* pesan instan dan berselancar di internet, serta bermain *game* ataupun aspek hiburan lainnya; peningkatan beban kerja; harapan terhadap produktivitas yang lebih tinggi; penurunan keseimbangan kehidupan pribadi dan dunia kerja; frustrasi dengan penggunaan perangkat keras/lunak; keterlambatan waktu karena kerusakan atau kegagalan peralatan; tuntutan terus menerus untuk meningkatkan/mengimbangi teknologi yang berkembang pesat; serta depersonalisasi komunikasi atau kehilangan modal sosial (Barnet dkk., 2011).

Saat penggunaan teknologi digital menjadi kian masif digunakan, muncullah *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19) sebagai penyakit menular yang disebabkan oleh jenis *coronavirus* yang baru ditemukan (World Health Organization, 2020). Pandemi ini menjadi krisis kesehatan global yang mempengaruhi berbagai aspek kehidupan lainnya, termasuk aspek sosial dan ekonomi di berbagai negara di dunia sehingga menjadi tantangan terbesar yang dihadapi di abad ke-21 sejak Perang Dunia Kedua (United Nations Development Programme, 2020). Pandemi Covid-19 telah melahirkan kebijakan pembatasan sosial di berbagai negara seperti mengunci akses keluar-masuk dan membatasi jarak fisik.

Pemerintah Indonesia memberlakukan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) di beberapa kota besar, khususnya yang berstatus zona merah. Sebelum menerapkan PSBB, pemerintah telah memerintahkan menjaga jarak fisik dan mengurangi aktivitas berkumpul dengan menutup kegiatan-kegiatan pengajaran di perguruan tinggi dan sekolah, untuk kemudian beralih kepada pembelajaran jarak jauh. Beberapa perusahaan juga menerapkan bekerja dari rumah. Akhirnya, hampir semua kegiatan pendidikan dan perkantoran dilangsungkan secara daring atau dengan memanfaatkan terknologi digital.

Adanya kebijakan bekerja dari rumah dan belajar darin*g* sedikit banyak telah memberikan dampak pada peningkatan penggunaan teknologi digital. Misalnya, menggunakan aplikasi tertentu untuk kuliah, rapat, dan mengerjakan tugas lainnya. Pemusatan kegiatan daring membuat arus informasi dalam dunia virtual juga semakin meningkat intensitas dan kuantitasnya. Penelitian tentang bekerja dari rumah oleh *Eurofound and the International Labour Office* (Scott, 2020) pada 15 negara termasuk US, UK, Jepang, India, Brazil, Argentina, Belgia, Finlandia, Prancis, Jerman, Hungaria, Italia, Belanda, Spanyol, dan Swedia menunjukkan bahwa 41 persen pegawai yang lebih sering bekerja dari rumah merasa lebih tertekan dibandingkan dengan 25 persen karyawan yang bekerja di kantor. Penelitian tersebut juga menemukan bahwa 42 persen dari karyawan yang bekerja dari rumah melaporkan sering terbangun di malam hari dan hanya 29 persen pekerja di kantor yang melaporkan hal yang sama. Ketergantungan yang lebih tinggi pada penggunaan perangkat seluler seperti gawai serta laptop dikaitkan dengan tingkat stres yang lebih tinggi karena kebiasaan terus-menerus memeriksa perangkat tersebut. Selain itu, terdapat beberapa sumber stres yang umum bagi mereka yang bekerja (termasuk belajar) dari rumah, yaitu tidak adanya struktur, terlalu banyak distraksi (salah satunya anggota keluarga), kesulitan menetapkan *boundary* (batas), isolasi diri, serta hilangnya fokus (Scott, 2020).

Di sisi lain, informasi tentang Covid-19 juga melaju cepat dalam era teknologi informasi dan komunikasi seperti saat ini. Informasi itu bercampur dengan desas-desus, rumor, serta mitos-mitos yang tidak tebukti kebenarannya dan dapat memicu stres. Paul Hunter, profesor dari East Anglia University (UEA) Inggris, mengemukakan bahwa ketika berbicara tentang Covid-19 ada banyak spekulasi, informasi yang salah, dan berita palsu yang beredar di internet, seperti tentang asal virus, penyebab, dan penyebarannya. Informasi yang salah dapat beredar dengan sangat cepat dan dapat mengubah perilaku manusia (Ruliana, 2020). Direktur Pusat Kedokteran Tropis UGM, Riris Andono Ahmad juga mengatakan bahwa salah satu tantangan dalam upaya pengendalian penyakit menular adalah peredaran informasi melalui media massa ataupun media sosial yang justru menimbulkan kepanikan di masyarakat. Epidemi kepanikan di

media sosial lebih cepat menyebar daripada epidemi penyakit (Kagama, 2020). Direktur Jenderal WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus mengatakan bahwa informasi yang salah menyebabkan kebingungan dan menyebarkan ketakutan sehingga menghambat respon terhadap wabah. WHO pun mengkhawatirkan kesehatan mental semua orang selama masa isolasi diri di dalam rumah (Ruliana, 2020).

Pemanfaatan teknologi digital dalam kehidupan sehari-hari pada dasarnya memberikan peluang untuk meningkatkan *well-being* (kesejahteraan) dan kualitas hidup seseorang (Cecchinato dkk., 2019), termasuk pada masa pandemi. Namun, informasi berlebihan yang mengarah pada konsumsi stimulus digital yang berlebihan karena berpusatnya kegiatan belajar dan bekerja dari rumah ditambah info tentang pandemi itu sendiri dapat memberikan pengaruh negatif pada kesejahteraan subjektif manusia. Padahal, seseorang seyogyanya dapat mencapai kesejahteraan di tengah masifnya paparan teknologi dan arus informasi.

Salah satu sumber daya eksternal yang secara positif dikaitkan dengan kesejahteraan subjektif individu adalah dukungan sosial (Burt, 2005; Reis dan Gable, 2003, dalam Brailovskaia dkk., 2019). Dukungan sosial mengacu pada sejauh mana individu memandang bahwa mereka dirawat, dicintai, dan dihargai oleh orang lain yang dianggap signifikan, seperti anggota keluarga dan teman (Taylor dkk., 2004). Menurut Mattson dan Hall (2011, dalam Attrill & Fullwood, 2016), dukungan sosial secara luas didefinisikan sebagai proses transaksional komunikatif, termasuk komunikasi verbal dan/atau nonverbal yang bertujuan untuk meningkatkan perasaan koping individu, kompetensi, kepemilikan, dan/atau harga diri seseorang. Orang-orang yang sering mengalami peristiwa stres dalam kehidupan sehari-hari mendapat manfaat khususnya dari dukungan sosial karena hal itu berkontribusi pada kemampuan individu untuk mengatasi pengalaman hidup negatif serta untuk mengurangi dampak negatif dari stres (Brailovskaia dkk., 2017). Dengan demikian, dukungan sosial dapat membantu seseorang untuk tetap mencapai *well-being* pada era digital, khususnya pada masa pandemi

Sehubungan dengan hal tersebut, timbul sebuah pertanyaan tentang

bagaimana bentuk dukungan sosial yang diberikan di era pandemi. Telah dijelaskan sebelumnya bahwa pandemi Covid-19 menyebabkan masyarakat menjaga jarak satu sama lain dengan kolega, teman, hingga keluarganya. Oleh karena itu, teknologi informasi dan komunikasi berbasis digital masih merupakan cara yang efisien dan efektif untuk saling terhubung secara sosial. Selain sebagai alat untuk tugas-tugas praktis, teknologi digital juga menjadi saluran penting untuk memenuhi kebutuhan psikologis seperti popularitas dan membangun jaringan; juga berfungsi sebagai media untuk mendukung kesehatan fisiologis dan psikologis serta pengembangan diri pribadi (Diefenbach, 2018). Pemanfaatan teknologi secara positif mengarah kepada istilah teknologi positif yang merupakan pendekatan yang bertujuan untuk menggabungkan tujuan dari psikologi positif dengan desain teknologi (Botella dkk., 2011; Riva dkk., 2016). Pendekatan komputasi positif menjabarkan tujuan yang sama, yaitu sebuah studi dan pengembangan teknologi yang dirancang untuk mendukung kesejahteraan, kebijaksanaan, dan potensi manusia (Calvo & Peters, 2012). Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa dengan pendekatan tersebut, seseorang dapat mencapai rasa nyaman dalam menggunakan teknologi yang dapat mengantarkan pada *well-being* (Schmidmaier, 2019).

Dukungan sosial yang telah disebutkan dapat diberikan secara daring sebagai bagian teknologi positif. Dukungan sosial daring dikenal dengan istilah Kelompok Dukungan Daring (KDD) atau *Online Support Group* (OSG) dalam bahasa Inggris. KDD memberikan manfaat bagi pengembangan kesehatan mental individu, misalnya digunakan sebagai bentuk intervensi kesehatan mental (Griffiths dkk., 2012), membantu menurunkan tingkat depresi dan stigma diri pada penyintas depresi (Breuer & Barker, 2015); menjadi medium koping yang efektif untuk mengatasi kesedihan karena kehilangan akibat bunuh diri (Westerlund, 2020); membantu penyintas gangguan makan meningkatkan afeksi positif (Eichhorn, 2008); membantu orang-orang mengurangi ketergantungan alkohol (Sanger, Bath & Bates, 2019); serta meningkatkan kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup pasien hepatitis B (Zheng, Yao & Fang, 2016).

Tulisan ini bertujuan untuk menelaah upaya penerapan teknologi positif melalui KDD dalam rangka mencapai *well-being* di era pandemi

Covid-19. Secara khusus, tulisan ini akan menjabarkan definisi, aspek, kelebihan dan kekurangan dari KDD. Beberapa hasil riset juga dijabarkan serta strategi membuat suatu KDD yang efektif pada era pandemi ini. Diharapkan bahwa KDD dapat menjadi suatu forum yang menfasilitasi pembicaraan-pembicaraan yang mendukung pengembangan diri, produktivitas, dan *well-being*.

Definisi KDD: "Kita punya Kesamaan"

KDD adalah jenis kelompok ataupun komunitas virtual. Kelompok tersebut menyediakan lingkungan daring agar individu dapat terhubung dan berinteraksi dengan orang lain yang memiliki pengalaman serupa, termasuk masalah yang sama, untuk bertukar informasi, dukungan sosial, dan saran (Coulson & Smedley, 2015; Pott, 2005). KDD biasanya dibentuk untuk mendukung individu dengan kondisi kesehatan tertentu (misalnya diabetes, kanker, narkolepsi) dan oleh karena itu komunikasi biasanya berpusat pada kondisi itu sendiri. Namun, topiknya juga dapat meluas ke bidang lain, termasuk tentang relasi dan politik (Coulson & Smedley, 2015). Bidang kesehatan mental pun mulai disentuh kelompok dukungan daring ini, misalnya dengan adanya kelompok dukungan untuk penderita depresi, gangguan makan, kecemasan, dan sebagainya. Selain itu, topik lainnya misalnya berkaitan dengan pengalaman dan masalah yang umum dihadapi semua orang dalam kehidupan sehari-hari. Pencarian singkat dailystrength.org, misalnya, menemukan kelompok-kelompok pendukung dengan topik-topik seperti jerawat, modifikasi tubuh, perceraian, intimidasi, sindrom sarang kosong, berkabung karena kehilangan hewan peliharaan, dan *coming out* yang merujuk kepada tindakan seorang individu yang mengungkapkan orientasi seksual mereka kepada orang lain (Attrill & Fullwood, 2016).

KDD sangat beragam bentuknya dan sudah ada sejak setidaknya tahun 1982 dan mungkin sejak akhir tahun tujuh puluhan. Beberapa kelompok adalah bagian dari dan bekerja sama dengan organisasi. Namun, banyak juga yang berdiri sendiri. Sebagian besar KDD dibuat oleh individu yang memiliki masalah kesehatan daripada oleh profesional perawatan kesehatan. Oleh karena

itu, cakupan topik kelompok dan sasarannya ditentukan sendiri oleh pengguna yang bukan dokter maupun praktisi klinis (Pott, 2005).

Seperti disebutkan sebelumnya, kita tidak bisa untuk berinteraksi secara fisik dengan orang lain secara daring. Namun, semua jenis dukungan sosial yang diuraikan oleh Schaefer, Coyne dan Lazarus (1981) dapat ditawarkan dalam bentuk daring, yaitu dukungan emosional, penghargaan, jaringan, informasi dan *tangible* atau aset. Meskipun demikian, sebagian besar aspek dari dukungan *tangible* yang meliputi akses kepada sumber daya material (seperti memberikan tempat untuk tinggal sementara dan mengantar ke rumah sakit) tidak dapat diberikan secara daring (Attrill & Fullwood, 2016). Dukungan finansial sendiri masih memungkinkan untuk diberikan daring. Wang, Zhang dan Zheng (2015) menambahkan bahwa KDD yang diterima biasanya berupa dukungan emosional dan dukungan informasi yang bisa memberi kesempatan pada individu untuk menyampaikan emosi terkait kejadian positif dan negatif.

Zhang, He, & Sang (2013) membagi aspek dukungan sosial daring menjadi empat. *Pertama* adalah dukungan emosional, yaitu individu mampu mengekspresikan emosi untuk mencari dukungan emosional dari orang lain atau memberikan dukungan kepada orang lain dengan cara berbagi pendapat yang positif dan mendoakan. *Kedua* adalah dukungan penilaian, yaitu memberikan penilaian positif kepada individu dengan umpan balik atau penegasan yang konstruktif atau membangun. *Ketiga*, dukungan informasional, yaitu memperoleh dan memberikan informasi serta pengetahuan kepada individu untuk mengatasi masalah yang dihadapi. *Keempat* adalah dukungan instrumental, yaitu dukungan yang diberikan secara langsung oleh teman di jejaring sosial yang dapat dirasakan individu secara langsung manfaatnya, seperti menerima bantuan material dan menerima layanan.

Ketika Dunia *Virtual* lebih Menjanjikan

Peneliti umumnya menyepakati bahwa terdapat beberapa alasan-alasan psikologis yang dapat mendorong seseorang untuk mengikuti KDD. Alasan paling memungkinkan berkaitan dengan tidak diperolehnya dukungan yang memuaskan dalam lingkungan luring (*offline*). Hal ini dapat dikarenakan kondisi

hidup yang jarang bersentuhan dengan orang lain, misalnya sulit menemukan orang lain yang dapat berhubungan dengan mereka secara psikologis. Kondisi seseorang yang tersembunyi juga dapat menjadi hambatan memperoleh dukungan yang dibutuhkan, misalnya orang lain di lingkungan tersebut tidak memperhatikan orang tersebut dan tidak memberikan dukungan sehingga orang itu merasa terkucilkan dari komunitas. Orang tersebut merasa tidak dihargai oleh masyarakat sekitarnya dan orang lain pun tidak menyadari bahwa kondisi tersebut memiliki dampak kesehatan mental bagi seseorang (McKenna & Bargh, 1998; Mickelson 1997). Individu-individu yang termasuk dalam kelompok khusus ini mungkin saja akan sangat termotivasi untuk mencari dukungan sosial daring (Cummings, dkk., 2002). Jika individu menganggap dukungan luring yang mereka dapatkan tidak memadai sementara dukungan dari kelompok daring mereka dirasa lebih memuaskan maka mereka cenderung menghabiskan lebih banyak waktu untuk terlibat dengan kelompok daring tersebut (Turner, dkk., 2001).

Lebih lanjut, seseorang juga kadang ditempatkan dalam situasi saat dia tidak memiliki banyak kontrol terhadap lingkungannya. Misalnya, seseorang yang tiba-tiba didiagnosa suatu penyakit. Dalam kondisi tersebut, kebutuhan seseorang terhadap dukungan emosional sangatlah besar. Ketika kebutuhan emosional ini tidak dapat dipenuhi melalui jaringan luring, orang tersebut dapat mencari dukungan di tempat lain—dalam hal ini dunia daring. Pada kasus ini, ternyata mereka memperoleh dukungan yang diperlukannya dalam komunitas virtual dan menjadikannya sebagai sumber dukungan sosial yang utama. Mereka pun akhirnya terus berpartisipasi dalam komunitas tersebut (Attrill & Fullwood, 2016).

Potensi Dukungan Sosial Daring di Era Digital

Penting untuk memahami manfaat dari KDD. Hal ini dikarenakan interaksi dan dukungan sosial dalam konteks daring kedepannya akan lebih mudah kita temui sebagai konsekuensi dari perkembangan teknologi informasi dan komunikasi. Apalagi, kondisi pandemi telah melahirkan suatu bentuk

kebiasaan baru, yaitu adaptasi cara berkomunikasi melalui media digital daring

Meskipun KDD telah banyak digunakan, penelitian tentang topik tersebut lebih tertinggal dibandingkan dengan penelitian terkait penggunaan situs/*web*. Tinjauan sistematis dapat menunjukkan beberapa kunci keunggulan utama dari KDD. Perlu menjadi catatan bahwa penelitian-penelitian terkait KDD ini kebanyakan berfokus hanya pada kelompok itu sendiri, yang artinya tidak banyak penelitian lintas kelompok, dan cenderung hanya berkonsentrasi pada kelompok yang dibentuk oleh peneliti ataupun profesional kesehatan. Keunggulan utama KDD adalah informatif, spesifik, fleksibel, dan tidak terbatas (Pott, 2005).

KDD juga memiliki berbagai macam keuntungan. *Pertama*, individu tidak perlu melakukan perjalanan ke tempat pencarian dukungan dan dapat mengakses kelompok tersebut sesuai dengan kenyamanan dirinya dan berada dalam rumah mereka sendiri (Turner dkk, 2001). Potensinya lebih besar dalam menghemat waktu dan biaya jika kita bisa mengaksesnya dengan hanya tinggal di rumah. Kenyamanan juga berkaitan dengan lingkungan yang rileks dan menyenangkan yang jauh dari orang lain. Hal ini menjadi suatu yang menarik bagi mereka yang merasa malu atau merasa sulit dan tertekan ketika harus berkomunikasi secara tata muka dengan orang lain. Teori *cyberpsychology* mendukung hal ini bahwa kita memiliki lebih banyak kontrol terhadap presentasi diri kita ketika berada dalam dunia virtual. Salah satu contoh sederhana terkait cara kita mengontrol presentasi diri tersebut adalah kita lebih bisa mempertimbangkan secara hati-hati pesan yang ingin kita sampaikan sebelum memasukkannya ke dalam ruang obrolan (Walther, 1996; Walther and Boyd, 2002).

Manfaat *kedua* adalah KDD tidak dibatasi dalam hal ruang di mana ukuran grup bisa jadi jauh lebih besar. Individu-individu dari segala penjuru dunia ini dapat berkontribusi positif dalam komunitas daring yang berarti bahwa anggota akan terpapar pada berbagai tampilan, pengalaman, dan gagasan yang berbeda (White & Dorman, 2001). Individu yang memiliki kesulitan untuk meninggalkan rumah karena kondisi geografis ataupun karena kondisi pribadi, seperti mereka yang memiliki disabilitas fisik dan menderita gangguan kecemasan tertentu, dapat mengambil manfaat dari komunitas daring ini.

Manfaat yang *ketiga* adalah interaksi daring dalam kelompok lebih membebaskan ekspresi secara sosial dan bersifat egaliter. Individu dapat berkomunikasi dengan lebih sedikit hambatan terkait adanya otoritas. Banyak isyarat yang secara tradisional kita kaitkan dengan status dan otoritas tersebut (misalnya bahasa tubuh tertentu) menjadi hilang atau dilemahkan dalam dunia virtual. Hal ini berarti bahwa secara teoritis setidaknya orang dapat berinteraksi pada proses komunikasi yang lebih setara (Fullwood dkk, 2011; Suler, 2004). Selanjutnya, individu dapat memilih untuk menyembunyikan karakteristik spesifik (misalnya etnis, kefanatikan, jenis kelamin, dan orientasi seks) jika mereka merasa bahwa ada potensi akan didiskriminasi atau dikucilkan dari interaksi ketika identitas mereka diketahui (White & Dorman, 2001).

Keuntungan *keempat* dari KDD adalah kekebasan peserta untuk memilih aspek dari identitas mereka yang ingin diungkapkan. Seorang anggota komunitas daring dapat memilih untuk tetap sepenuhnya anonim jika dia ingin melakukannya. Peserta akan berkomunikasi umumnya dengan orang yang tidak pernah ditemui secara langsung. Meskipun beberapa informasi terkait identitas diungkapkan, individu tetap merasakan perlindungan dan keamanan karena sangat kecil kemungkinan mereka akan bertemu dengan sesama anggota kelompok dalam kehidupan nyata mereka secara kebetulan (Fullwood, dkk., 2013). Anonimitas yang dirasakan juga memberikan manfaat bagi anggota kelompok (terutama yang hidup dengan kondisi mendapatkan stigma) berupa rasa nyaman mendiskusikan masalah yang sulit, sensitif, dan mungkin memalukan karena tingkat risiko mendapatkan stigma dapat berkurang (Adelman dkk., 1987; White & Dorman, 2001). Oleh karena itu, seseorang bisa lebih terbuka dan berbicara secara jujur dan rinci sehingga dapat menerima dukungan emosional yang lebih efektif serta mendorong pemberian penilaian atau umpan balik yang memungkinkan bagi seseorang untuk mengatasi kesulitan yang dihadapi. Akhirnya, berkomunikasi terutama dengan orang asing memungkinkan anggota menerima penilaian yang jauh lebih objektif tentang situasi mereka daripada yang mereka dapatkan dari seseorang yang sudah dikenal secara tatap muka dan lebih terlibat secara emosional, misalnya teman atau anggota keluarga (Adelman, dkk., 1987; Walther & Boyd, 2002).

Tantangan Pelaksanaan Kelompok Dukungan Daring

Selain kebermanfaatan, KDD juga memiliki kerugian-kerugian yang dapat dirasakan oleh penggunanya. *Pertama*, tidak semua individu yang membutuhkan dukungan dapat mengakses internet atau mampu melakukan kegiatan melalui internet (Attrill & Fullwood, 2016). Kita mengetahui bahwa kesenjangan digital masih ada dalam elemen masyarakat, misalnya mereka yang memiliki kesulitan belajar masih kecil kemungkinannya untuk memasuki dunia daring (Chadwick dkk., 2013). Termasuk juga mereka yang hidup di daerah yang tidak terjangkau oleh internet. Di Indonesia sendiri masih ada daerah-daerah pelosok yang sama sekali belum tersentuh oleh jaringan internet.

Kedua, kerugian yang dirasakan berkaitan dengan proses komunikasi. Informasi yang salah atau saran yang tidak cocok dapat selalu terjadi dikarenakan tidak semua yang terlibat dalam KDD adalah ahli di bidang tertentu. Beberapa KDD memang diinisiasi oleh pengguna yang notabene bukan ahli dalam bidangnya untuk mempertemukan orang-orang yang memiliki masalah yang sama. Hal ini tentunya berpotensi menimbulkan resiko bagi orang yang mungkin mengikuti saran dari yang bukan ahli tersebut tanpa sengaja (Culver dkk., 1997; Dickerson dkk., 2000 dalam Attrill & Fullwood, 2016). KDD juga memungkinkan orang-orang yang secara aktif ingin menganiaya dan menyerang anggota lainnya tanpa terdeteksi pada saat melakukannya (White & Dorman, 2001). Moderator suatu KDD yang jumlah anggotanya banyak tidak selalu mampu mengawasi dan menghentikan komunikasi berbahaya, bermusuhan, dan tidak jujur (Attrill & Fullwood, 2016). Mereka yang tidak memiliki tujuan seperti ini mungkin juga akan mendapati diri mereka tertarik ke dalam interaksi yang tidak bersahabat tersebut (Suler, 2004). Akhirnya, pengalaman negatif seperti ini cenderung membuat orang tidak berniat untuk kembali lagi mengikuti sesi kegiatan dalam KDD.

Ketiga, terdapat juga hambatan yang berkaitan dengan interpretasi pesan dalam dunia virtual. Pesan daring dapat lebih sulit ditafsirkan karena kurangnya isyarat kontekstual (White & Dorman, 2001). Terdapat fitur dalam bahasa yang secara khusus mengkomunikasikan emosi atau perasaan (seperti

intonasi) kemudian menjadi tidak dapat ditafsirkan dalam pesan teks. Anggota kelompok mungkin merasa lebih sulit mengekspresikan emosi karena mereka tidak dapat menggunakan komunikasi nonverbal (seperti ekspresi wajah, sentuhan, dan gerakan tubuh). Meskipun demikian, kita bisa menggunakan fitur emotikon, huruf besar, dan beberapa tanda baca sampai pada batas tertentu untuk menggantikan aspek komunikasi nonverbal tesebut (Crystal, 2001; White & Dorman, 2001). Berinteraksi secara daring juga dapat mendorong penggunaan struktur bahasa yang lebih longgar dan pola komunikasi informal, termasuk menggunakan lebih banyak bahasa gaul dan akronim tertentu, seperti LOL untuk *Laugh Out Loud* (Scott dkk., 2014). Hambatannya, tidak semua orang memahami singkatan-singkatan dan jenis bahasa gaul yang digunakan.

Hambatan *keempat* adalah terkait partisipasi anggota. Dalam pertemuan tatap muka luring, para anggota seringkali diwajibkan berpartisipasi. Namun, para anggota kelompok daring dapat sekedar menjadi pemantau atau partisipan pasif; hanya membaca pesan orang lain tanpa memberikan kontribusi nyata dalam kelompok (Dickerson, dkk, 2000; White & Dorman, 2001). Hal ini dapat berimplikasi pada efektivitas dan keberlanjutan kelompok jika lebih banyak anggota yang mengintai (*silent reader*) daripada berpartisipasi. Terdapat sejumlah penjelasan tentang alasan seseorang menjadi partisipan pasif, misalnya dia tidak memahami cara menggunakan situs, juga mereka merasa tidak dapat memberikan kontribusi yang berharga, atau merasa bahwa kebutuhan mereka tidak dapat dipenuhi (Preece dkk., 2004). Bisa saja muncul perasaan bahwa mereka lebih sedikit menerima dukungan sosial daripada mereka yang berkontribusi; dan kurang puas terhadap hubungan dengan sesama anggota kelompok lainnya (Mo & Coulson, 2010).

Bagi yang berpartisipasi, terkadang kontribusi mereka tidak bermanfaat bagi orang lain di kelompok tersebut karena mereka menggunakan situs KDD hanya untuk memenuhi kebutuhan mereka sendiri. Padahal, sebuah grup daring hanya dapat berfungsi jika anggota-anggotanya menawarkan dukungan dan tidak hanya mencarinya (Attrill & Fullwood, 2016). Penelitian Venner, Galbraith dan Fullwood (2012) menunjukkan bahwa anonimitas mungkin memainkan peran kunci dalam menentukan jenis partisipasi yang dilakukan anggota. Berdasarkan

teori *Social Identity of Deindividuation Effects* (SIDE), keseimbangan individu yang anonim versus individu yang dikenali dalam KDD kemungkinan besar berdampak pada partisipasi aktif. Ketika sebuah kelompok berisi campuran anggota yang tidak dikenal dan dapat dikenali, mereka yang tidak dikenal akan lebih cenderung menggunakan grup untuk memenuhi kebutuhan mereka sendiri (yaitu dengan meminta bantuan) dan cenderung tidak mendukung orang lain. Hal ini dapat mempengaruhi kohesivitas kelompok dan strategi yang ditempuh kelompok dalam mendorong anggotanya untuk mengungkapkan identitas diri mereka (Reicher dkk.,1995; Spears & Lea, 1992 dalam Attrill & Fullwood, 2016).

Kelompok Dukungan Daring untuk Peningkatan Kesehatan Mental dan Kesejahteraan (*Well-being*)

KDD dapat menjadi alternatif untuk mendapatkan dukungan sosial yang dapat meningkatkan kondisi kesehatan mental pengguna. Kondisi kesehatan mental tersebut dapat mengantarkan pengguna untuk mencapai *well-being*. Penelitian terhadap komunitas perawatan kesehatan daring Anti-Hepatitis B di China menunjukkan bahwa menerima maupun memberikan dukungan secara daring merupakan perilaku altruisme timbal-balik di mana perilaku keduanya dapat meningkatkan *well-being* pasien. Menerima dukungan sosial daring memberikan pengaruh pada kesejahteraan psikologis, sementara memberi dukungan memiliki dampak besar pada aspek eksistensial seseorang (Zheng, Yao & Fan, 2016).

Beberapa hasil penelitian terkait dengan efektivitas dan hambatan KDD terhadap tema-tema kesehatan mental tidak jauh berbeda dengan apa yang sudah dibahas sebelumnya. Penelitian terhadap penyintas depresi di Inggris menunjukkan bahwa depresi dan stigma diri berkurang selama periode 10 minggu mengikuti KDD, meskipun dukungan sosial yang dirasakan tidak berubah. Manfaat yang dirasakan peserta KDD adalah keterhubungan dengan orang lain, normalisasi depresi, dan pengurangan stigma. Namun demikian, didapati bahwa keterlibatan dalam kelompok daring umumnya rendah. Terdapat beberapa hambatan untuk terlibat, yaitu adanya kekhawatiran tentang

menyakiti orang lain atau menyakiti diri sendiri, merasa berbeda dari orang lain dalam kelompok, dan takut dihakimi oleh orang lain (Breuer & Barker, 2015). Penelitian eksperimen lainnya yang dilakukan untuk menguji efektivitas KDD bagi penyintas depresi juga menunjukkan adanya penurunan gejala depresi setelah 6 hingga 12 bulan (Griffiths, dkk., 2012). Pada eksperimen tersebut intervensi KDD dikombinasikan dengan pelatihan menggunakan program internet yang tujuannya untuk memperoleh informasi terkait upaya mengurangi depresi secara mandiri pada fase tindak lanjut pascaintervensi KDD (Griffiths, dkk., 2012).

Selanjutnya, penelitian tentang penggunaan KDD bagi individu dengan HIV/AIDS dari beberapa negara-terutama Amerika Utara- menunjukkan potensi manfaat, kerugian, dan hasil positif KDD. Analisis tematik mengungkapkan enam proses pemberdayaan peserta yang terlibat dalam kelompok daring, yaitu bertukar informasi, berbagi pengalaman, terhubung dengan orang lain, memperoleh dukungan emosional, memperoleh pengakuan dan pemahaman, serta membantu orang lain. Lalu, potensi yang dapat merugikan adalah seperti tidak dapat terhubung secara fisik, perilaku daring yang tidak pantas, hubungan dalam kehidupan nyata yang menurun, serta informasi yang berlebihan dan keliru. Sementara itu, terdapat enam hasil positif yang ditemukan, yaitu peningkatan optimisme, kesejahteraan emosional, kesejahteraan sosial, informasi yang lebih baik, pengelolaan penyakit yang lebih baik, dan rasa percaya diri dalam hubungan dengan dokter (Mo & Coulson, 2014).

Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan mental adalah stigma diri. Penelitian tentang KDD yang melibatkan responden dari berbagai negara menunjukkan bahwa pengguna aktif dalam KDD memiliki tingkat pemulihan yang lebih tinggi dari stigma diri dan kemungkinan yang lebih besar untuk mencari dukungan dari profesional kesehatan mental. Meskipun demikian, manfaat yang dirasakan ini mungkin disebabkan oleh faktor-faktor lain yang mendorong partisipasi aktif. Frekuensi keikutsertaan dalam KDD berdampak negatif terhadap pemulihan dari stigma diri; menunjukkan bahwa KDD ini dapat menjadi bentuk pelarian dan penghindaran sosial dari dunia nyata. Dengan kata lain, ia sebenarnya bukan metode untuk mengatasi masalah stigma. Hasil riset ini juga mendukung beberapa hasil riset lain yang menyoroti efek negatif

atas ketergantungan berlebihan pada KDD tanpa mengatasi akar masalahnya. Pengguna, moderator, dan profesional kesehatan mental perlu menyadari potensi berbahaya yang dapat disebabkan oleh ketergantungan tersebut terutama pada orang yang memang telah rentan dengan masalah psikososial, misalnya sulit membina hubungan sosial (Lawlor & Kirakowski, 2014).

Penelitian Fullwood dkk. (2019) dengan latar responden Amerika Serikat dan Inggris telah menelaah faktor-faktor yang mempengaruhi kecenderungan pengguna untuk berpartisipasi dalam KDD dengan berbagai topik yang berkaitan dengan kondisi kesehatan fisik dan mental. Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat sembilan faktor yang ditemukan peneliti, yaitu: 1) rasa menjadi bagian dari komunitas yang rendah/buruk; 2) perjuangan/pertentangan terkait ekspresi diri; 3) pengungkapan dan privasi yang terhambat; 4) interaksi daring yang negatif; 5) kemudahan akses dan penggunaan; 6) iuran yang diberlakukan untuk peningkatan kesehatan; 7) adanya kontribusi yang tertunda dan selektif; 8) tujuan tercapai tanpa kontribusi; dan 9) kurangnya waktu. Lima faktor tersebut (1, 3, 6, 7, dan 8) secara signifikan memprediksi kontribusi dalam KDD dan pengalaman positif berupa proses pemberdayaan (Fullwood dkk., 2019). Strategi yang juga dikaitkan dengan hasil positif dan dapat mendukung keterlibatan dalam KDD adalah berbagi pengalaman dan informasi dengan tema-tema positif dan tidak hanya sekedar memberikan dukungan instrumental (Eichhorn, 2008). Hasil penelitian ini berimplikasi pada bagaimana mengembangkan KDD dengan memperhatikan faktor-faktor yang dapat meminimalisir ketidakaktifan anggota.

Beberapa penelitian menelaah kaitan antara jenis kelamin, usia, dengan keterlibatan individu dalam KDD. Nesi dan Prinstein (2015) menemukan bahwa jenis kelamin dapat berperan pada keterlibatan individu dalam KDD meskipun penelitian-penelitian menunjukkan tidak adanya konsistensi dan perbedaan yang besar. Hasil penelitian Mo dkk. (2009) menyebutkan bahwa perempuan memiliki keterlibatan yang besar dalam mencari dukungan sosial dan berbagi permasalahan dibanding laki - laki. Perempuan juga cenderung memiliki lebih dari satu KDD dibanding pria yang lebih mengandalkan dukungan pada orang terdekat. Jenis kelamin yang berbeda berpengaruh pada orientasi

kebutuhan dukungan sosial (Gracia, 2004). Misalnya, Mehta dan Atreja (2015) menemukan bahwa laki-laki lebih cenderung memanfaatkan KDD untuk memperoleh dukungan emosional dan instrumental, sementara perempuan cenderung mengharapkan dukungan emosional. Temuan lain juga diperoleh dari Merwe (2004) bahwa laki-laki lebih menekankan pentingnya kebutuhan pada dukungan instrumental, dibandingkan wanita yang mementingkan dukungan sosioemosional. Kaitannya dengan usia, Quan-Haase, Mo, dan Wellman (2017) menemukan bahwa pengguna KDD lebih banyak berasal dari kelompok orang dewasa; hal ini salah satunya disebabkan karena KDD dapat membantu, memobilisasi, dan memperkuat hubungan pertemanan dengan rekan-rekannya, termasuk orang yang baru dikenal, meski berjauhan secara geografis.

Mengembangkan KDD di Era Pandemik Covid-19

Dalam upaya memperoleh hasil efektif dan positif dari KDD, terdapat beberapa hal yang perlu menjadi perhatian para pihak yang terlibat, terutama pada mereka yang menginisiasi kelompok. Hal yang pertama, yaitu mekanisme dalam KDD sedapat mungkin dibuat sama dengan kelompok dukungan luar jaringan (luring). Dalam hal ini, situasi antara daring dan luring memang tidak akan sama persis, namun mekanisme seperti pemecahan masalah bersama, pertukaran informasi, saling mengungkapkan pengalaman, katarsis, saling memberikan bantuan, hingga berempati, tetap ada dalam KDD (Rossi, 2006, dalam Whitty & Young, 2016).

Selain itu, desain KDD perlu dibuat untuk meningkatkan keterlibatan pengguna akan pengalaman positif sehingga mereka dapat memperoleh manfaat dari kelompok tersebut. Beberapa hal yang menjadi tantangan adalah meminimalisir peserta pasif yang hanya menjadi penonton dan tidak terlibat. Pihak pengembang dan juga moderator KDD dapat mencari strategi untuk meningkatkan partisipasi aktif peserta, termasuk memberikan hadiah atau penghargaan tertentu kepada peserta aktif. KDD juga penting untuk mencari anggota baru dalam rangka mempertahankan keberlangsunganya, apalagi jika kelompok tersebut bersifat jangka panjang dan berorientasi keuntungan. Hal yang

juga perlu diperhatikan adalah upaya mempromosikan dan mempertahankan identitas kolektif kelompok agar anggota merasa menjadi bagian suatu KDD (Attrill & Fullwood, 2016). Pelaksanaan KDD juga perlu memperhatikan tujuannya (sejalan dengan topiknya), media, fokus, serta orang-orang yang terlibat di dalamnya. Pada dasarnya, apapun tujuan dari KDD, kelompok tersebut seyogyanya bersifat inklusif dan dapat diakses semua pihak bahkan termasuk penyandang disabilitas sekalipun. Prinsip desain yang mengedepankan universalitas perlu diperhatikan.

Berkaitan dengan tujuan mencapai *well-being* di tengah berbagai tekanan yang ada selama pandemi Covid-19, ada beberapa topik yang dapat dikembangkan. KDD dapat dibentuk untuk memfasilitasi mereka yang merasa mengalami gangguan psikologis selama pandemi, baik karena pola rutinitas yang berubah akibat pembatasan fisik dan sosial maupun karena kecemasan terhadap penularan Covid-19. Gangguan psikologis tersebut dapat berupa stres, ketakutan, tidak mampu berkonsentrasi, dan kelebihan beban informasi. KDD di masa pandemi juga bisa dibuat untuk memfasilitasi para keluarga yang memiliki anggota keluarga yang terkena Covid-19, terutama pada mereka yang terpisah karena anggota keluarganya harus menjalani karantina ataupun perawatan. Beberapa orang juga memperoleh stigma negatif karena diri ataupun keluarganya terkena Covid-19 di mana hal ini mempengaruhi kondisi kesehatan mentalnya.

KDD bisa memfasilitasi orang-orang yang didiagnosa terkena Covid-19 dan sedang menjalani perawatan. KDD dapat khusus berisi para penyintas Covid-19 dari berbagai tingkat keparahan, namun terutama menyasar pada mereka yang berasal dari level keparahan sedang hingga ringan (tanpa gejala). KDD dapat menjadi media berbagi satu sama lain tentang upaya menjaga kesehatan, mengelola emosi dan pikiran, serta tips lain terkait konsumsi makanan yang bisa membantu proses penyembuhan.

KDD dapat menyasar masyarakat awam yang ingin mencapai *well-being* secara umum. Hal ini mengingat bahwa informasi yang berlebihan di era pandemi serta semakin seringnya manusia berhubungan dengan teknologi digital baik untuk urusan pendidikan dan pekerjaannya memungkinkan mereka

untuk mengalami stres digital dan *technostress*. KDD bisa menjadi media yang dapat digunakan untuk saling memberikan dukungan tentang cara mengelola informasi dan menghindari stres digital tersebut. *Skill* seperti mengelola atensi dan meningkatkan penerapan kemampuan metakognitif dapat membuat seseorang mencapai *well-being* dalam kehidupan sehari-harinya yang serba digital.

Pada dasarnya, individu dapat berkomunikasi satu sama lain dengan berbagai cara yang berbeda melalui KDD. Namun, bentuk forum daring cenderung menjadi mode interaksi yang paling umum (Coulson & Smedley, 2015). Forum tersebut memiliki banyak keunggulan dari bentuk komunikasi daring lainnya (seperti ruang obrolan langsung/*live chat*), terutama karena komunikasi bersifat asinkron (tidak terjadi secara *real time*)—di mana anggota dapat memasukkan (*post*) pesan dan menanggapi orang lain dengan nyaman dan tidak perlu terhubung secara daring pada saat yang sama dengan individu lainnya dalam grup tersebut (Barak dkk., 2008; Coulson & Smedley, 2015). Selain itu, pesan dapat diarsipkan di utas atau topik yang berbeda sehingga anggota dapat memperoleh manfaat dari tanggapan yang diberikan, baik tanggapan yang ditujukan khusus untuk dirinya sendiri maupun tanggapan kepada anggota lain dalam KDD sehingga seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain.

Forum ini dapat dibuat di media sosial, aplikasi berbasis web dan *smartphone*, maupun website khusus yang memang menawarkan jasa KDD. Media sosial merupakan media yang menjanjikan di Indonesia karena penetrasinya yang cukup besar. Media sosial seperti *Facebook* yang populer di Indonesia dapat memberikan fasilitas KDD dengan membuat grup *facebook* maupun grup *facebook Messenger*. Selain *Facebook*, media sosial seperti *Whatssapp* juga dapat dimanfaatkan mengingat aplikasi tersebut banyak digunakan di Indonesia dari berbagai kalangan usia. KDD yang dibuat *Whatssapp* dianggap dapat menjangkau beragam kalangan karena popularitasnya. Sementara itu, LINE dan Telegram juga menjadi pilihan beberapa kalangan. Media sosial lainnya sepanjang menyediakan fitur grup dapat dimanfaatkan sebagai media KDD. Aplikasi khusus yang dapat dibuka melalui gawai ataupun situs *web* dapat pula diciptakan untuk KDD. Beberapa contoh KDD berbasis website adalah adaa.org, supportgroups.com, turn2me.ie., dailystrength.org, dan seterusnya.

Bahkan aplikasi *Discord* yang populer di kalangan pemain *game* daring dapat dimanfaatkan sebagai media KDD.

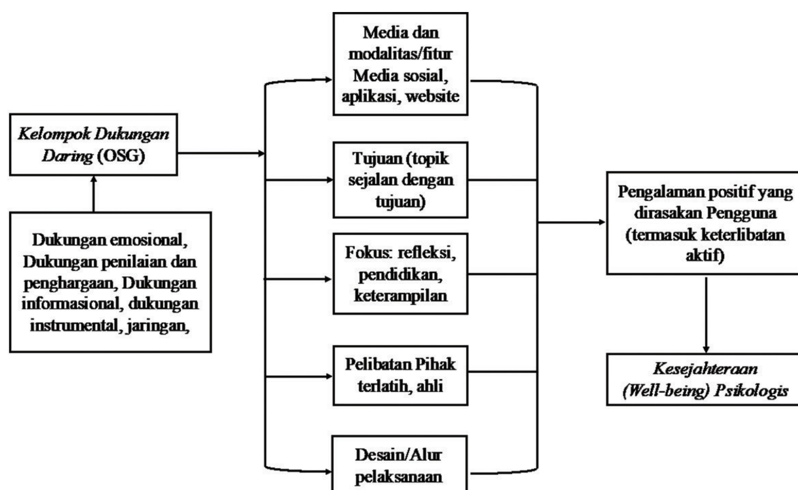
Lebih lanjut, dengan mempertimbangkan keterbatasan bahwa komunikasi dalam bentuk teks membatasi kita untuk mengekspresikan diri, pengembang dan moderator KDD dapat memfasilitasi dengan beberapa hal yang lebih inovatif, misalnya menyediakan fasilitas emotikon yang tujuannya adalah membuat pengguna dapat menunjukkan berbagai macam emosi, serta membuat percakapan berbasis teks menjadi lebih ekspresif. Para pengguna juga dapat mempertimbangkan modalitas lain, seperti panggilan suara (*voice call)* dan panggilan video (*video call*) jika diperlukan. Pada saat ini, sudah banyak aplikasi-aplikasi panggilan video atau dikenal juga dengan *video conference* yang digunakan untuk menggantikan aktivitas seperti rapat, kuliah, dan lain-lainnya. Tentunya media ini berpotensi menjadi sarana KDD.

KDD dapat berfokus pada salah satu dari tiga fokus utama, yaitu fokus pada refleksi, pendidikan, dan tujuan (Bakker dkk., 2016). KDD yang berfokus pada refleksi dirancang untuk meningkatkan *emotional self-awareness* sehingga dapat memperbanyak dukungan emosional dan penilaian serta menfasilitasi adanya pemantauan mandiri atas kondisi diri sendiri. KDD yang berfokus pada pendidikan dirancang untuk meningkatkan pengetahuan dengan menyediakan dukungan informasi. Sementara itu, KDD yang berfokus pada tujuan diatur untuk meningkatkan strategi koping dengan adanya sesi saling merekomendasikan aktivitas dan keterampilan koping yang aktif. Meskipun memiliki fokus tertentu, semua aspek dukungan KDD tetap perlu diberikan di dalam forum daring.

Selain itu, KDD juga dapat melibatkan pihak-pihak terpercaya sebagai fasilitator dalam KDD pada waktu tertentu. Pihak-pihak tersebut seperti profesional, orang terlatih, atau mereka yang memiliki ilmu yang berkaitan dengan isu sentral yang dibahas dalam kelompok. Hal ini menjadi vital jika KDD itu bertujuan sebagai media dukungan sosial bagi para pasien dengan masalah kesehatan tertentu baik masalah fisik-medis maupun masalah psikologis. Hal ini juga bertujuan untuk meminimalkan informasi yang keliru dan tidak valid yang tersebar di dalam forum KDD.

Schmidmaier (2019) mendiskusikan beberapa fitur spesifik dari aplikasi untuk membantu pengguna mencapai *well-being* di era digital. Fitur ini dapat diaplikasikan dalam konteks KDD yang menggunakan media berbasis gawai maupun situs *web*. Fitur-fitur tersebut antara lain, waktu, kepercayaan, keterampilan sosial, dan kesehatan. Terkait dengan waktu, pelaksanaan KDD perlu memperhatikan waktu aktif dalam forum. Waktu aktif adalah ketika sesi dukungan diberikan secara formal di mana kebanyakan pengguna dapat hadir pada saat itu dan memberikan respon. Di luar waktu aktif adalah waktu informal yang mana mayoritas pengguna tidak perlu untuk hadir. Meskipun dilaksanakan daring, waktu tetap perlu dikelola dengan baik terutama terkait waktu *off* dan *on*. Kepercayaan juga perlu dibangun oleh penyedia maupun sesama pengguna KDD agar dapat tercipta suasana yang saling terbuka dan nyaman. Dukungan sosial dalam KDD diharapkan dapat memfasilitasi keterampilan sosial penggunanya.

Dalam upaya untuk menciptakan forum KDD yang menarik, nyaman, memuaskan, bermakna, dan produktif, perlu diperhatikan mekanisme dukungan, topik dan tujuan, fokus, media dan orang-orang yang terlibat di dalamnya. Kondisi ini diharapkan dapat menciptakan ataupun meningkatkan *well-being*. Berikut ini merupakan kerangka kerja yang menunjukkan keterkaitan KDD dan *Well-being* dalam menciptakan suatu forum daring sehingga membuat partisipannya dapat merasakan kebahagiaan dan kepuasan.



Gambar 1. Kerangka kerja Keterkaitan KDD dan *Well-being*

Penutup

Masa pandemi Covid-19 membuat masyarakat lebih mudah dan sering terpapar dengan teknologi digital sebagai konsekuensi dari diberlakukannya pembatasan sosial. Hal ini membuat individu lebih berpeluang besar mengalami stres digital atau t*echnostress* karena terjadinya konsumsi digital yang berlebihan. Stres juga bisa terjadi karena meluapnya informasi terkait Covid-19 itu sendiri yang semakin menambah kekhawatiran. Pada gilirannya, kondisi tersebut dapat menghambat untuk mencapai *well-being*. Padahal, selain membantu manusia secara praktis, teknologi digital seyogyanya juga dapat mendukung kepuasan, kesejahteraan, kebijaksanaan dan potensi manusia. KDD merupakan jenis komunitas pemberian dukungan secara daring dengan berbagai topik yang sekiranya dibutuhkan oleh pengguna-penggunanya. Ia menyediakan lingkungan *virtual* di mana individu dapat terhubung dan berinteraksi dengan orang lain yang memiliki pengalaman serupa untuk bertukar informasi, saling memberikan dukungan emosional, penilaian dan saran, serta dukungan instrumental. KDD merupakan cara memanfaatkan teknologi digital secara positif, termasuk di masa pandemi Covid-19. Forum KDD perlu dirancang sedemikian rupa agar menarik, nyaman, memuaskan, bermakna, dan mendorong produktivitas sehingga dapat menjadi lingkungan yang mendukung individu untuk mencapai *well-being.* Kondisi *well-being* tersebut dapat mendukung masyarakat mencapai dan mempertahankan kesehatan mentalnya.

Daftar Acuan

Adelman, M. B., Parks, M. R., & Albrecht, T. L. (1987). Beyond close relationships: Support in weak ties. Dalam T. L. Albrecht & M. B. Adelman (Eds.), *Communicating social support* (hlm. 126–147). Newbury Park, CA: Sage.

Attrill, A., & Fullwood, C. (Eds.). (2016). *Applied Cyberpsychology*. Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137517036

Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D., & Rickard, N. (2016). Mental Health Smartphone Apps: Review and Evidence-Based Recommendations for Future Developments. *JMIR Mental Health*, *3*(1), e7. https://doi.org/10.2196/mental.4984

Barak, A., Boniel-Nissim, M., & Suler, J. (2008). Fostering empowerment in online support groups. *Computers in Human Behavior*, 24(5), 1867–1883.

Barnett, K., Spoehr, J., Moretti, C., Gregory, T., & Chiveralls, K. (2011). *Technology at work—Stress, Work and Technology across the Lifecycle*. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4900.0400

Botella, C., Riva, G., Gaggioli, A., Wiederhold, B. K., Alcaniz, M., & Baños, R. M. (2011). The Present and Future of Positive Technologies. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *15*(2), 78–84. https://doi.org/10.1089/cyber.2011.0140

Brailovskaia, J., Rohmann, E., Bierhoff, H.-W., Schillack, H., & Margraf, J. (2019). The relationship between daily stress, social support and Facebook Addiction Disorder. *Psychiatry Research*, *276*, 167–174. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.014

Brailovskaia, J., Schönfeld, P., Zhang, X. C., Bieda, A., Kochetkov, Y., & Margraf, J. (2017). A Cross-Cultural Study in Germany, Russia, and China: Are Resilient and Social Supported Students Protected Against Depression, Anxiety, and Stress?: *Psychological Reports*. https://doi.org/10.1177/0033294117727745

Breuer, L., & Barker, C. (2015). Online Support Groups for Depression:

Benefits and Barriers. *SAGE Open*, *5*(2), 215824401557493. https://doi.org/10.1177/2158244015574936

Bruggeman, H., Van Hiel, A., Van Hal, G., & Van Dongen, S. (2019). Does the use of digital media affect psychological well-being? An empirical test among children aged 9 to 12. *Computers in Human Behavior*, *101*, 104–113. https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.015

Calvo, R. A., & Peters, D. (2012). Positive computing: Technology for a wiser world. *Interactions*, *19*(4), 28–31. https://doi.org/10.1145/2212877.2212886

Cecchinato, M. E., Rooksby, J., Hiniker, A., Munson, S., Lukoff, K., Ciolfi, L., Thieme, A., & Harrison, D. (2019). Designing for Digital Wellbeing: A Research & Practice Agenda. *Extended Abstracts of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1–8. https://doi.org/10.1145/3290607.3298998

Chadwick, D., Wesson, C., & Fullwood, C. (2013). Internet access by people with intellectual disabilities: Inequalities and opportunities. *Future Internet*, 5(3), 376–397.

Chahar, R., Chandiok, A., & D. K, C. (2014). Intelligent Analysis of the Effect of Internet System in Society. *International Journal on Cybernetics & Informatics*, *3*(3), 11–22. https://doi.org/10.5121/ijci.2014.3302

Clement, J .(2020). *Global digital population*. Diakses pada 17 April 2020 dari https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/

Coulson, N., & Smedley, R. (2015). A focus on online support. Dalam A. Attrill (Ed.), *Cyberpsychology* (hlm. 197–213). Oxford: Oxford University Press.

Crystal, D. (2001). *Language and the Internet*. Cambridge University Press: Cambridge.

Cummings, J. N., Sproull, L., & Kiesler, S. B. (2002). Beyond hearing: Where real- world and online support meet. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice, 6*(1), 78–88.

Diefenbach, S. (2018). The Potential and Challenges of Digital Well-Being Interventions: Positive Technology Research and Design in Light of the

Bitter-Sweet Ambivalence of Change. *Frontiers in Psychology*, *9*, 331. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00331

Eichhorn, K. C. (2008). Soliciting and Providing Social Support Over the Internet: An Investigation of Online Eating Disorder Support Groups. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *14*(1), 67–78. https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2008.01431.x

Fullwood, C., Evans, L., & Morris, N. (2011). Linguistic androgyny on My Space. *Journal of Language and Social Psychology, 30*(1), 114–124.

Fullwood, C., Melrose, K., Morris, N., & Floyd, S. (2013). Sex, blogs and baring your soul: Factors influencing UK blogging strategies. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, *64*(2), 345–355.

Fullwood, C., Chadwick, D., Keep, M., Attrill-Smith, A., Asbury, T., & Kirwan, G. (2019). Lurking towards empowerment: Explaining propensity to engage with online health support groups and its association with positive outcomes. *Computers in Human Behavior*, *90,* 131-140.

Gracia, E & Herrero, J. (2004). Personal And Situational Determinants Of Relationship-Specific Perception. *Journal Sosial Behavior and Personality, 32*(5), 459 –476

Griffiths, K. M., Mackinnon, A. J., Crisp, D. A., Christensen, H., Bennett, K., & Farrer, L. (2012). The effectiveness of an online support group for members of the community with depression: a randomised controlled trial. *PloS one*, 7(12).

Gui, M., Fasoli, M., & Carradore, R. (2017). "Digital Well-Being". Developing a New Theoretical Tool For Media Literacy Research. *Italian Journal of Sociology of Education*, *9*(02/2017), 155–173. https://doi.org/10.14658/pupj-ijse-2017-1-8

Hefner, D., & Vorderer, P. (2016). Digital stress: Permanent connectedness and multitasking. Dalam L. Reinecke & M.-B. Oliver (Eds.), *Handbook of media use and well-being* (hlm. 23–249). New York: Routledge

Kagama. (2020). *Pakar UGM: Epidemi Kepanikan di Media Sosial Lebih Cepat Menyebar Daripada Epidemi Penyakit*. Diakses dari http://kagama.co/

pakar-ugm-epidemi-kepanikan-di-media-sosial-lebih-cepat-menyebar-daripada-epidemi-penyakit

Kepm, S. (2019). *DIGITAL 2019: GLOBAL INTERNET USE ACCELERATES*. Diakses pada 18 April 2020 dari https://wearesocial.com/blog/2019/01/digital-2019-global-internet-use-accelerates

Kemp, S. (2020). *Digital 2020: Indonesia*. Diakses pada 18 April 2020 dari https://datareportal.com/reports/digital-2020-indonesia.

Langley, D. J., van Doorn, J., Ng, I. C. L., Stieglitz, S., Lazovik, A., & Boonstra, A. (2020). The Internet of Everything: Smart things and their impact on business models. *Journal of Business Research*. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.12.035

Lawlor, A., & Kirakowski, J. (2014). Online support groups for mental health: A space for challenging self-stigma or a means of social avoidance?. *Computers in Human Behavior*, 32, 152-161

Lee, Y. K., Chang, C.T., Lin Y. & Cheng Z.H. (2014). The dark side of smartphone usage: Psychological traits, compulsive behavior and technostress. C*omputers in Human Behavior*, 31, 373-383.

McKenna, K., & Bargh, J. (1998). Coming out in the age of the Internet: 'Demarginalization' through virtual group participation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 681–694.

Mathew, P., & Krishnan, R. (2020). Impact of problematic internet use on the self-esteem of adolescents in the selected school, Kerala, India. *Archives of Psychiatric Nursing*, S0883941719304339. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.02.008

Mehta, N., & Atreja, A. (2015). Online social support networks. I*nternational Review of Psychiatry*, 27(2), 118–123. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1015504

Merwe, J. (2004). *Family Needs Following Adult Traumatic Brain Injury*. Clinical Psychology : University Of Port Elizabeth

Mickelson, K. D. (1997). Seeking social support: Parents in electronic support groups. Dalam S. Kiesler (Ed.), *Culture of the Internet* (hlm. 157–178). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Mo, P. K. H., & Coulson, N. S. (2010). Empowering processes in online support groups among people living with HIV/AIDS: A comparative analysis of 'lurkers' and 'posters'. *Computers in Human Behavior, 26*(5), 1183–1193.

Mo, P. K. H. & Coulson, N. S. (2014). Are online support groups always beneficial? A qualitative exploration of the empowering and disempowering processes of participation within HIV/AIDS-related online support groups. *International journal of nursing studies*, 51(7), 983-993.

Mo, Phoenix., Malik, S., & Coulson, Neil. (2009). Gender differences in computer- mediated communication: A systematic literature review of online health related support groups. *Journal of Patients Education and Counseling*, *75,* 16-24.

Nesi, J., & Prinstein, M. J. (2015). Using social media for social comparison and feedback-seeking: Gender and popularity moderate associations with depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(8), 1427–1438.

Potts, H. W. (2005). Online support groups: an overlooked resource for patients. *Health Information on the Internet*, *44*(1), 6-8.

Preece, J., Nonnecke, B., & Andrews, D. (2004). The top five reasons for lurking: Improving community experiences for everyone. *Computers in Human Behavior*, *20*(2), 201–223.

Quan-Haase, A., Mo, G. Y., & Wellman, B. (2017). Connected seniors: how older adults in East York exchange social support online and offline. I*nformation Communication and Society, 20*(7), 967–983. https://doi.org/10.1080/1369118X.2017.1305428

Riva, G., Baños, R. M., Botella, C., Mantovani, F., & Gaggioli, A. (2016). Transforming Experience: The Potential of Augmented Reality and Virtual Reality for Enhancing Personal and Clinical Change. *Frontiers in Psychiatry*, *7*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00164

Ruliana, P. (2020). *Covid-19: Pandemi Media Sosial*. Diakses pada 14 April 2020 dari https://www.inews.id/news/nasional/covid-19-pandemi-media-sosial?page=all

Sanger, S., Bath, P. A., & Bates, J. (2019). 'Someone like me': User experiences of the discussion forums of non-12-step alcohol online support groups, June 2019. *Addictive Behaviors*, *98*, 106028. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106028

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behaviorial Medicine, 4*(4), 381–406.

Schmidmaier, M. (2019). *A Perspective On Digital Wellbeing*. Workshop on Designing for Digital Wellbeing. 4.

Scott, E. (2020). *How to Handle the Stress of Working From Home.* Diakses pada 15 April 2020 dari https://www.verywellmind.com/the-stress-of-working-from-home-4141174

Scott, G. G., Sinclair, J., Short, E., & Bruce, G. (2014). It's not what you say, it's how you say it: Language use on Facebook impacts employability but not attractiveness. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *17*(8), 562–566.

Statista Research Department.(2020). *Number of internet users in Indonesia from 2017 to 2023.* Diakses pada 17 April 2020 dari https://www.statista.com/statistics/254456/number-of-internet-users-in-indonesia/

Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology, Social Networking and Behavior*, *7*(3), 321–326.

Tarafdar M, Tu Q, & Ragu-Nathan T. (2010). Impact of Technostress on End-User Satisfaction and Performance. *Journal of Management Information Systems, 27*(3), 303-334

Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and Social Support: Who Seeks It and Why? *Journal of Personality and Social Psychology*, *87*(3), 354–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.354

Turner, J. W., Grube, J. A., & Meyers, J. (2001). Developing an optimal match within online communities: An exploration of CMC support communities and traditional support. *Journal of Communication, 51*(2), 231–251

United Nations Development Programme. (2020). *COVID-19 pandemic*

Humanity needs leadership and solidarity to defeat the coronavirus. Diakses pada 14 April 2020 dari https://www.undp.org/content/undp/en/home/coronavirus.html

Venner, R., Galbraith, N., & Fullwood, C. (2012). Anonymity and level of support given on a health-related online support forum. *Journal of Cybertherapy and Rehabilitation, 5*(1), 9–13.

Wang, G., Zhang, W., & Zeng, R. (2015). WeChat use intensity and social support: The moderating effect of motivators for WeChat use. *Computers in Human Behavior, 91*, 244–251. https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.10.010

Walther, J. B. (1996). Computer-mediated communication: Impersonal, interpersonal, and hyperpersonal interaction. *Communication Research*, *23*(1), 3–43.

Walther, J. B., & Boyd, S. (2002). Attraction to computer-mediated support. Dalam C. A. Lin & D. Atkin (Eds.), *Communication technology and society: Audience adoption and uses of the new media* (hlm. 133–167). New York: Hampton Press.

Westerlund, M. U. (2020). The Usage of Digital Resources by Swedish Suicide Bereaved in Their Grief Work: A Survey Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *81*(2), 272–297. https://doi.org/10.1177/0030222818765807

White, M., & Dorman, S. M. (2001). Receiving social support online: Implications for health education. *Health Education Research: Theory and Practice*, *16*(6), 693–707.

Whitty, M. T. & Young, G.(2016). *Cyberpsychology: The study of individuals, society and digital technologies.* John Wiley & Sons.

World Health Organisation. (2020). *Pertanyaan dan jawaban terkait Coronavirus*. Diakses pada 14 April 2020 dari https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus/qa-for-public

Zhang, Y., He, D., & Sang, Y. (2013). Facebook as a platform for health information and communication: A case study of a diabetes group. *Journal of Medical Systems*, 37, (3). https://doi.org/10.1007/s10916-

013-9942-7

Zheng, Q., Yao, T., & Fan, X. (2016). Improving customer well-being through two-way online social support. *Journal of Service Theory and Practice*, *26*(2), 179–202. https://doi.org/10.1108/JSTP-09-2014-0188

Syurawasti Muhiddin. *During the Covid-19 Pandemic, people are exposed to an increasing amount of information and digital technology due to work and school from home. Overconsumption of digital information and the occurrence of multitasking in the digital world can trigger digital stress or technostress, while in fact, technology should also be utilised to achieve satisfaction, well-being, wisdom, and human potential, in addition to fulfill practical needs. This article aims to explain the attempt to achieve well-being through Online Support Group (OSG) representing the utilisation of positive technology during the Pandemic. OSG is an online-based social support which takes form as emotional, informational, assessment, instrumental, and networking support. OSG has its advantages and disadvantages. However, the main advantage is that the OSG are informative, specific, flexible, and uninhibited. The disadvantages can be overcome by paying attention to several aspects when arranging OSG, such as the topics and objectives, focus, media, design/mechanism for providing support, and the people involved, so that the group can effectively support its participants in achieving mental health and well-being. Further empirical research is needed to examine the effectiveness of this OSG.*

Bab 26. Keseimbangan Hidup dan Tantangan Kerja Abad ke-21

Shanty Komalasari

Keseimbangan Kehidupan Kerja vs Covid-19

Pada akhir tahun 2019 dunia dibuat gempar dengan sebuah virus yang tersebar hampir ke seluruh dunia. Virus tersebut merupakan sebuah virus jenis baru yakni coronavirus (SARS-CoV-2), kemudian untuk penyakitya disebut Coronavirus disease 2019 atau lebih dikenal dengan Covid-19. Virus ini juga menyebar ke Indonesia dan karena penyebarannya yang cukup luas WHO (*World Health Organization*) mengkategorikannya sebagai sebuah pandemi. Pandemi ini diketahui mulai menyebar sejak bulan Desember 2019 (Yuliana, 2020) dan sampai saat ini sudah ada 5,9 juta orang di dunia yang terinfeksi virus ini. Sedangkan kasus Covid-19 di Indonesia sampai pada awal bulan September tercatat sebanyak 207.203 orang positif, pasien yang sembuh 148.510 orang. Kemudian pasien yang meninggal sebanyak 8.456 orang (Covid-19, 2020).

Virus ini dapat menular dan menyebar dengan cara langsung dan tidak langsung. Penularan Covid-19 secara cara langsung melalui *droplet* atau percikan air liur. Artinya, seseorang bisa terinfeksi virus ini jika terkena bersin atau batuk dari orang lain dengan jarak dekat. Sedangkan penularan tidak langsung terjadi jika *droplet* orang positif corona ini jatuh ke tanah atau menyentuh benda yang terkontaminasi sehingga tangan penyentuhnya tercemar. Gejala umum yang ditunjukkan oleh virus ini di antaranya demam lebih dari 38°C, batuk kering, kelelahan dan sesak nafas (Damhuri, 2020).

WHO menganjurkan beberapa hal untuk meminimalisir penyebaran virus ini, yakni dengan melakukan karantina di rumah masing-masing, menghindari interaksi sosial serta menghindari kerumunan banyak orang, menjaga jarak minimal 1 meter ketika terpaksa bertemu dengan orang lain,

memakai masker ketika bepergian, dan mencuci tangan dengan sabun. Sejak pandemi ini menyebar tidak terhitung lagi jumlah kerugian yang dialami, baik di bidang pemerintahan, bidang ekonomi, pendidikan, bahkan dampak pada lingkup kecil yakni keluarga.

Di Indonesia kasus pertama Covid-19 diumumkan pada bulan Maret 2020. Sejak saat itu hampir semua perusahaan maupun instansi di Indonesia diliburkan, pusat perbelanjaan dan hiburan ditutup, bahkan tempat ibadah seperti masjid dan mushola sekalipun harus ditutup sementara waktu guna mencegah penyebaran Covid-19. Dampak lainnya, beberapa perusahaan memilih melakukan pengurangan tenaga kerja, sebagian sisanya ada yang tetap bekerja namun perusahaan hanya membayar sebagian dari gaji yang biasa diterima. Kehadiran Covid-19 di abad ke 21 ini menambah tantangan baru yang harus ditaklukkan oleh perusahan. Akibat pandemi ini beberapa perusahaan memilih mengikuti anjuran pemerintah yakni *work from home* (WFH). Pilihan WFH dilakukan sebagai salah satu alternatif agar perusahaan tetap bisa berjalan dan para karyawan tidak kehilangan pekerjaan. Namun, ada beberapa sektor-sektor yang tetap memberlakukan *work from office* (WFO) artinya karyawan tetap melakukan aktivitas kerja seperti biasa di tengah pandemi Covid-19. Hal ini tentu membuat para karyawan mau tidak mau harus tetap bekerja seperti biasa dengan berbagai risiko yang harus ditanggung.

Para karyawan yang menjalani WFO dari awal pandemi Covid-19 sampai saat ini tentu memiliki risiko tertular virus lebih tinggi daripada para karyawan yang bekerja dari rumah (WFH). Hal ini tentu saja berdampak pada kehidupan karyawan baik secara fisik maupun psikis. Dari hasil observasi dan wawancara diketahui bahwa menjalani WFO di masa pandemi mengakibatkan dampak negatif untuk karyawan, di antaranya merasa cemas, khawatir akan terpapar virus Covid-19 Kekhawatiran tersebut tidak hanya dirasakan karyawan, namun juga turut dirasakan oleh keluarga karyawan. Karyawan juga merasa was-was saat berada di lingkungan kantor (Okezone, 2020). Di sisi lain, karyawan yang tetap WFO dan tidak memiliki alat transportasi pribadi terpaksa mengeluarkan biaya yang lebih besar karena harus memilih kendaraan yang lebih aman (CNN, 2020).

Selain tetap bekerja seperti biasa, para karyawan juga harus menyesuaikan diri dengan protokol kesehatan yang ditetapkan oleh pemerintah, hal ini tentu saja membuat para karyawan kembali menyusun jadwal dan rencana terkait urusan pekerjaan dan rumah tangga. karyawan harus berhadapan dengan peran dalam pekerjaan dan di luar pekerjaan atau di kehidupan pribadi. Pekerjaan dan kehidupan pribadi adalah 2 (dua) hal yang tidak dapat dipisahkan serta saling berhubungan dan memengaruhi. Tidak jarang kedua peran tersebut menimbulkan konflik yang disebabkan oleh berbagai hal.

Pada masa pandemi ini salah satu penyebab konflik adalah karyawan yang menjalani WFO dituntut untuk tetap menjalankan peran sebagai suami atau istri di rumah dan di sisi lain, adanya pandemi Covid-19 juga mengharuskan para pelajar menjalani sistem belajar daring atau *school from home* (SFH) yang seluruh aktivitas belajar dialihkan ke rumah dengan pendampingan orang tua. Para orang tua yang harus menjalani WFO tidak bisa mendampingi anak untuk SFH, hal ini membuat orang tua mencari cara agar anak dapat sekolah dan memahami pelajaran dengan baik. Problem lainnya adalah ketika pasangan suami-istri memiliki jadwal kerja yang berbeda yakni salah satunya menjalani WFH atau WFH dan WFO secara bergantian. Situasi ini dapat memicu konflik dalam keluarga dikarenakan peran untuk menyelesaikan tugas rumah tangga harus tetap dipenuhi dan tuntutan kinerja di perusahaan harus tetap optimal. Seorang karyawan yang mempunyai keseimbangan yang baik antara kehidupan pribadi dan kerja akan memberikan kontribusi lebih maksimal untuk pertumbuhan organisasi (Naithani, 2010). Hal ini berarti seorang karyawan dalam menjalankan perannya di ranah pribadi dan kerja harus seimbang, atau dalam psikologi biasa disebut dengan istilah *work-life balance* (WLB). *Work-life balance* merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keseimbangan yang diperlukan seseorang antara waktu yang dialokasikan untuk pekerjaan dan aspek kehidupan lainnya (Fisher et al., 2009). Sedangkan Hill dalam Poulose mendefinisikan *work-life balance* sebagai sejauh mana individu secara bersamaan bisa menyeimbangkan tuntutan emosional, perilaku dan waktu bekerja dan tanggung jawab pribadi (Poulose, 2017).

Karyawan yang memiliki peran ganda yakni sebagai suami dan istri atau

ayah dan ibu tentu harus berupaya mengoptimalkan seluruh aspek kehidupan. Hal ini dikarenakan tanggung jawab dalam menjalani kehidupan rumah tangga dan tugas-tugas di dalamnya adalah tanggung jawab bersama. Seorang suami atau istri tentu harus berupaya menyeimbangakan kehidupan kerja dan pribadi dalam keadaan apapun, terutama saat pandemi Covid-19 seperti sekarang ini. Dalam situasi peran ganda atau dalam *work-life balance*, tuntutan yang tidak terpenuhi atau saling bertentangan dapat menimbulkan konflik. Terlebih munculnya dilema pada karyawan yang masih tetap bekerja normal di kantor dengan aktivitas rutin karena adanya kebijakan dari perusahaan atau keahlian yang memang dibutuhkan, sedangkan pemerintah telah menetapkan aturan *social distancing,* sehingga menganjurkan segala aktivitas dialihkan di rumah, termasuk bekerja dari rumah atau yang dikenal dengan istilah *work from home*. Guna mengetahui bagaimana *work-life balance* karyawan yang tetap melakukan aktivitas kerja normal tanpa adanya pemberlakuan *work from home* selama masa pandemi Covid-19, maka peneliti tertarik untuk lebih lanjut melakukan penelitian ini.

Kebijakan Bekerja Selama Masa Pandemi Covid-19

Di tengah ramainya kasus penyebaran Covid-19, para karyawan dihadapkan pada aturan-aturan yang diikuti perusahaan yakni mengacu pada aturan pemerintah yang ada. Termasuk di dalamnya aturan terkait *social distancing* yang meminta satu orang dengan orang lain memiliki jarak tertentu dalam berinteraksi. Hal inipun diatur pemerintah dalam aspek pekerjaan yakni anjuran bekerja dari rumah atau biasa dikenal dengan *Work From Home* (WFH). WFH adalah sebuah konsep kerja yang menghendaki karyawan dapat melakukan pekerjaannya dari rumah. Istilah ini sebenarnya sudah lama digunakan dan dikenal, khususnya bagi para karyawan lepas (*freelancer*). Sebelum pandemi ini terjadi, beberapa perusahaan pun sudah ada yang menerapkan konsep kerja ini kepada pekerjanya. Kondisi WFH atau bekerja dari rumah di tengah wabah Covid-19 dapat dikaitkan dengan ketentuan Pasal 86 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2013 tentang Ketenagakerjaan, yaitu setiap karyawan/

buruh mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja (Kemenaker, 2020).

Pada 17 Maret 2020 telah ditetapkan Surat Edaran Menteri Ketenagakerjaan Nomor M/3/HK.04/III/2020 Tahun 2020 tentang Perlindungan Karyawan /Buruh dan Kelangsungan Usaha dalam Rangka Pencegahan dan Penanggulangan Covid-19 (SE Menaker 3/2020). Surat edaran Menaker 3/2020 dikeluarkan sehubungan dengan meningkatnya penyebaran Covid-19 di beberapa wilayah Indonesia dan memperhatikan pernyataan resmi *World Health Organization* (WHO) yang menyatakan Covid-19 sebagai pandemi global (Kemenaker, 2020).

Berdasarkan surat edaran Menaker 3/2020 juga diatur berbagai pencegahan penyebaran dan penanganan kasus terkait Covid-19 di lingkungan kerja, dengan:

a. Melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap dilaksanakannya peraturan perundangan di bidang keselamatan dan kesehatan kerja (K3).

b. Menyebarkan informasi kepada semua jajaran organisasi dan pihak terkait yang berada dalam wilayah pembinaan dan pengawasan Gubernur.

c. Mendata dan melaporkan kepada instansi terkait setiap kasus atau yang patut diduga kasus Covid-19 di tempat kerja

d. Memerintahkan setiap pimpinan perusahaan untuk melakukan antisipasi penyebaran Covid-19 pada karyawan/buruh dengan melakukan tindakan-tindakan pencegahan seperti perilaku hidup bersih dan sehat dengan mengintegrasikan dalam program K3, pemberdayaan Panitia Pembina Keselamatan dan Kesehatan Kerja (P2K3) dan optimalisasi fungsi pelayanan kesehatan kerja.

e. Mendorong setiap pimpinan perusahaan untuk segera membuat rencana kesiapsiagaan dalam menghadapi pandemi Covid-19, dengan tujuan memperkecil risiko penularan di tempat kerja dan menjaga kelangsungan usaha.

Dalam hal terdapat karyawan/buruh atau pengusaha yang berisiko, diduga, atau mengalami sakit akibat Covid-19, maka dilakukan langkah-langkah penanganan sesuai standar kesehatan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenaker, 2020).

Berdasarkan pemaparan aturan-aturan dan himbauan pemerintah tersebut dapat disimpulkan bahwa sebenarnya pemerintah tidak mengharuskan bagi perusahaan menerapkan pekerjanya untuk bekerja dari rumah. Sehingga, tidak sedikit perusahaan ataupun instansi yang tidak menetapkan WFH dan hanya menetapkan *Work From Office* (WFO). Hal ini tentu memiliki kelebihan dan kekurangan tersendiri. Kelebihannya, para karyawan tetap melakukan aktivitas bekerja seperti biasa dan produksi atau kegiatan pelayanan atau jasa dan kegiatan perusahaan lainnya. Namun di sisi lain, keamanan dalam bekerja terancam karena harus bekerja di luar rumah di tengah ancaman virus yang menyebar.

Work Life Balance **(WLB) bagi Karyawan**

Work-life balance adalah upaya yang dilakukan individu untuk menyeimbangkan dua peran atau lebih yang sedang dijalani (Fisher et al., 2009). Sedangkan Singh mengungkapkan *Work life balance* sebagai keadaan yang menunjukkan karyawan merasa mampu menyeimbangkan pekerjaan dan komitmen nonkerja yang sebagian besar dilakukannya (Singh, 2017). *Work-life balance* digunakan sebagai istilah yang menggambarkan bagaimana keseimbangan yang ada pada diri seorang karyawan ketika melakukan pekerjaan dan aktivtitas kehidupan lainnya, misalnya kegiatan rumah tangga, melakukan hobi dan aktivitas lainnya.

Ketika membahas tentang keseimbangan bukan berarti *work-life balance* didefinisikan sebagai sebuah kesamaan alokasi waktu dalam melakukan aktivitas, namun lebih cenderung ke arah keseimbangan ketika melakukan suatu aktivitas. Selanjutnya *work-life balance* bukan berarti seorang karyawan melakukan kegiatan dengan jadwal yang sama dari waktu ke waktu, akan tetapi lebih mengarah ke jadwal yang bervariasi namun tetap seimbang. Walaupun sudah banyak tokoh

yang membahas tentang *work-life balance* namun tetap saja tidak ada ukuran yang dapat dijadikan standar untuk diterapkan kepada semua karyawan. Hal tersebut dikarenakan setiap individu memiliki keunikannya masing-masing, sehingga karyawan memiliki pola yang berbeda untuk menentukan keseimbangan dalam menjalakan aktivitas sehari-hari.

Work life-balance memiliki 4 (empat) dimensi, yakni *work interference with personal life* (WILP), *personal life interference work* (PLIW), *personal life enhancement of work* (PLEW), dan *work enhancement of personal life* (WEPL). Pertama *work interference with personal life* (WILP) membahas tentang sejauh mana pekerjaan dapat memberikan dampak negatif pada kehidupan pribadi karyawan, sehingga dapat menyebabkan kesulitan dalam mengatur waktu untuk kehidupan pribadi selain bekerja. Kedua, dimensi *personal life interference work* (PLIW) membahas tentang sejauh mana kehidupan pribadi dapat memberikan dampak negatif pada kehidupan pekerjaan karyawan, sehingga dapat memberikan efek negatif pula pada pekerjaan jika mengalami permasalahan pada kehidupan pribadi. Ketiga, dimensi *personal life enhancement of work* (PLEW) membahas tentang sejauh mana kehidupan pribadi memberikan dampak positif pada kehidupan pekerjaan karyawan, contohnya ketika seorang pekerja sedang dalam kondisi bahagia maka akan dapat menyelesaikan pekerjaan dengan baik. Terakhir, dimensi *work enhancement of personal life* (WEPL) membahas sejauh mana pekerjaan bisa meningkatkan kualitas kehidupan pekerja, contohnya ketika keterampilan yang didapatkan karyawan saat bekerja dapat dimanfaatkan untuk kehidupan pribadi (Fisher et al., 2009). Dimensi yang sudah dipaparkan sebelumnya dijadikan peneliti sebagai pedoman dalam membuat daftar pertanyaan untuk wawancara kepada partisipan penelitian.

Work-life balance dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni faktor individu, organisasi, lingkungan sosial dan faktor lainnya. Faktor individu yang memengaruhi *work-life balance* adalah kepribadian, *psychological well-being* dan kecerdasan emosi. Sedangkan faktor organisasi yang dapat mempengaruhi *work-life balance* adalah pekerjaan, *work-life balance policies,* dukungan sosial, stres kerja, teknologi dan peran. Kemudian pada faktor lingkungan sosial yang dapat memengaruhi *work-life balance* adalah jumlah anak dan dukungan keluarga.

Terakhir ada banyak faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi *work-life balance* yakni usia, jenis kelamin, usia perkawinan, pengalaman, jenis pekerjaan, gaji dan faktor-faktor eksternal lainnya yang diduga dapat memengaruhi *work-life balance* seorang karyawan (Paulose, 2014).

Work-life balance memiliki banyak manfaat untuk kehidupan setiap individu terutama karyawan selama masa pandemi Covid-19 ini. Kaiser (2011) menjelaskan ada 3 (tiga) manfaat *work-life balance* yang bisa dirasakan oleh karyawan, pertama *physical* dan *psychological health outcomes,* artinya *work-life balance* memberikan dampak baik untuk mengurangi gangguan fisik dan psikologis. Kedua *domain-specific statsfaction, role quality* dan *overall satisfaction* yang menjelaskan bahwa ketika karyawan menjalankan dua peran dengan seimbang maka akan memberikan dampak positif satu sama lain. Kemudian yang terakhir *reduced stress* yang berarti bahwa *work-life balance* dapat menurunkan tingkat stres serta menunjang kesehatan karyawan (Kaiser, 2011).

Work-life Balance **pada Karyawan** ***Work From Office*** **(*WFO*)** **Selama Masa Pandemi Covid-19**

Penelitian dengan pendekatan kualitatif yang dilakukan pada 13 (tiga belas) orang yang tidak pernah menjalani *Work From Home* (WFH) selama pandemi Covid-19, yang dilakukan oleh penulis, menghasilkan 4 (empat) tema utama yang diambil berdasarkan dimensi *work-life balance,* yaitu *work interference with personal life* (WILP), *personal life interference work* (PLIW), *personal life enhancemen of work* (PLEW), dan *work enhacement of personal life* (WEPL). Partispan penelitian ini berasal dari berbagai macam perusahaan.

Berikut adalah hasil wawancara yang dilakukan terhadap 13 (tiga belas) partisipan tersebut:

Work interference with personal life **(WILP)**

Dimensi ini mengungkap sejauh mana pekerjaan dapat memberikan dampak negatif pada kehidupan pribadi karyawan. Indikator yang digunakan untuk mengugkap dimensi ini adalah bagaimana waktu bekerja yang dirasakan karyawan, waktu bagi karyawan bersama dengan keluarga, dan waktu bagi

karyawan untuk melakukan aktivitas pribadi. Berdasarkan hasil wawancara, partisipan penelitian mengungkapkan bahwa selama menjalani *work from office* (WFO) tanpa menjalani *work from home* (WFH) pada saat pandemi Covid-19, 8 (delapan) partisipan tidak merasakan adanya perbedaan waktu bekerja antara sebelum dan sesudah pandemi. Walaupun tidak ada perbedaan waktu bekerja, namun dari sisi suasana kerja partisipan memaparkan bahwa terdapat banyak perbedaan, mulai dari harus menaati protokol kesehatan yang ditetapkan kantor dan harus menyesuaikan diri dengan keadaan baru. Selanjutnya, 5 (lima) orang partisipan menyatakan ada pengurangan waktu kerja serta dispensasai bagi karyawan yang sakit atau hamil, pengurangan waktu dan dispensasi terkait waktu yang lebih longgar sangat berbeda dibandingkan dengan sebelum pandemi.

Kemudian terkait waktu bersama keluarga, 1 (satu) partisipan yang sudah memiliki anak mengungkapkan kesulitan untuk membagi waktu karena harus mendampingi anak saat *school from home* (SFH) dan tetap bekerja di kantor. Partisipan merasa kesulitan membagi waktu karena tidak memiliki asisten rumah tangga dan tak jarang partisipan memilih untuk membawa anak ke tempat kerja agar lebih mudah mengawasi anak saat SFH. Kemudian. Sementara itu 4 (empat) partisipan lain yang sudah memiliki anak mengungkapkan bahwa selama WFO di masa pandemi Covid-19, mereka lebih memiliki waktu bersama keluarga karena tidak ada waktu lembur di tempat kerja. Momen ini dimanfaatkan oleh partisipan untuk mendampingi anak belajar, bermain serta beristirahat. Sedangkan 8 (delapan) partisipan lain yang belum memiliki anak mengungkapkan bahwa selama WFO di masa pandemi Covid-19, mereka lebih banyak memiliki waktu bersama keluarga, karena aktivitas di luar rumah terbatas maka mereka menghabiskan waktu luangnya di rumah.

Selanjutnya, mengenai waktu kehidupan pribadi rata-rata para partisipan membatasi melakukan aktivitas ataupun hobi yang harus dilakukan di luar rumah dan menggantinya dengan aktivitas lain yang biasa dilakukan di rumah seperti bercocok tanam, berkomunikasi dengan teman dan keluarga melalui *video call*, mengikuti seminar daring, bermain *game online* dan aktivitas lain yang bisa dilakukan secara daring.

Menurut pemaparan partisipan, diketahui juga bahwa bekerja di masa

pandemi Covid-19 dan tidak menjalani *work from home* (WFH) dinilai tidak memberikan dampak negatif pada kehidupan pribadi karyawan, karena mereka menjalani waktu kerja yang sama dengan sebelum pandemi dan tidak ada tambahan lembur, artinya durasi waktu kerja yang mereka jalani tetap. Artinya kehidupan pribadi selama pandemi Covid-19 tidak terganggu oleh pekerjaan. Selanjutnya, waktu partisipan bersama dengan keluarga juga tidak terganggu karena mereka lebih bisa meluangkan waktu bersama keluarga dibandingkan sebelum pandemi Covid-19. Hal ini dikarenakan tidak ada perpanjangan waktu kerja atau lembur, sehingga para partisipan memaparkan bisa pulang kerja tepat waktu. Sedangkan untuk waktu kehidupan pribadi mereka masih bisa meluangkan waktu untuk melakukan aktivitas pribadi. Tetap bekerja di masa pandemi Covid-19 tidak banyak menyita waktu para partisipan, mereka tetap bisa meluangkan waktu untuk melakukan aktivitas pribadi.

***Personal life interference work* (PLIW)**

Dimensi kedua yang akan mengungkap gambaran *work-life balance* karyawan adalah *personal life interference work (PLIW)* yang berarti sejauh mana kehidupan pribadi dapat memberikan dampak negatif pada kehidupan pekerjaan karyawan. Berdasarkan hasil wawancara, partisipan penelitian mengungkapkan bahwa selama menjalani (WFO) di masa pandemi Covid-19, karyawan harus berusaha membagi waktu antara pekerjaan dan keluarga di samping menyesuaikan diri dengan kebiasaan baru di rumah dan di tempat kerja. Partisipan juga mengungkapkan masalah pribadi yang memengaruhi kinerja adalah kondisi keuangan. Selama masa pandemi Covid-19 kebutuhan rumah tangga bertambah dan harga-harga barang meningkat. Hal ini membuat para partisipan harus mengatur kembali kondisi keuagan agar tetap stabil, sehingga beberapa kebutuhan sekunder terpaksa harus diminimalisir dan mengutamakan kebutuhan primer. Selain itu, aktivitas rumah tangga yang sebelumnya dikerjakan orang lain atau asisten rumah tangga, saat pandemi harus dikerjakan sendiri untuk meminimalisir kontak dengan orang lain. Hal ini membuat partisipan merasakan kelelahan. Di sisi lain, mereka memaparkan perasaan cemas ketika harus tetap bekerja di kantor karena khawatir membawa virus ke rumah dan

membahayakan keluarga.

Melalui hasil wawancara, diketahui bahwa kehidupan pribadi di masa pandemi Covid-19 memberikan dampak negatif pada pekerjaan, yakni partisipan harus berusaha menyesuaikan diri di rumah dan di tempat kerja agar terhindar dari paparan virus Covid-19. Selain itu, kondisi ekonomi juga membuat partisipan harus berhemat dan mengerjakan sendiri aktivitas rumah tangga sehingga membuat mereka kelelahan. Hal ini menunjukkan bahwa kehidupan pribadi partisipan selama pandemi Covid-19 cukup mengganggu kehidupan pekerjaan karena dapat mengganggu kinerja partisipan pada saat bekerja. Namun, setelah melewati proses adaptasi para partisipan mengaku dapat menyesuaikan diri dengan keadaan dan mengatur tempo kerja yang dimiliki. Hal ini dapat dilakukan oleh partisipan karena mereka bisa mengatur waktu kerja dan pribadi dengan baik. Walaupun diawal-awal masa pandemi sempat merasakan bingung, khawatir dan takut menghadapi kondisi yang belum pernah dihadapi sebelumnya.

Personal life enhancement of work (PLEW)

Dimensi *Personal life enhancement of work* ini mengungkap apakah kehidupan pribadi memberikan dampak positif pada kehidupan pekerjaan karyawan. Dimensi ini akan diungkap berdasarkan suasana kerja, yakni keadaaan lingkungan kerja karyawan. Berdasarkan wawancara, partisipan mengugkapkan bahwa lingkungan kerjanya selama masa pandemi Covid-19 ini sudah menerapkan protokol kesehatan, selain itu dukungan sosial juga diterapkan di lingkungan kerja dengan saling memberikan semangat dan mengingatkan ke rekan kerja terkait menjaga kesehatan. Komunikasi dan koordinasi antar karyawan yang berjalan lancar juga memberikan dampak positif pada kehidupan partisipan.

Kemudian, kondisi hubungan partisipan dengan atasan dan rekan kerja selama masa pandemi Covid-19 mengalami perbedaan, salah satu partisipan mengungkapkan bahwa atasan lebih menjaga jarak dan meminimalisir interaksi tidak seperti biasanya, sedangkan partisipan lain juga mengungkapkan atasan lebih mendengarkan pendapat, lebih terbuka terkait masalah keuagan terutama yang berhubungan dengan *income* dan hak-hak yang akan diterima karyawan

selama masa pandemi Covid-19 tetap diberikan. Kemudian atasan dan rekan kerja lebih proaktif untuk mensosialisasikan protokol kesehatan di perusahaan sehingga membuat karyawan lebih tenang saat bekerja di kantor. Selanjutnya, 12 partisipan mengungkapkan kehidupan sosial yang dialami selama masa pandemi Covid-19 dan menjalani WFO berada pada kondisi baik. Selain itu, hubungan dan koordinasi kerja tetap terjalin di luar kantor walaupun melalui perantara daring. Partisipan memaparkan bahwa di luar lingkungan kerja komunikasi tetap terjalin dan tetap saling memberikan dukungan agar performa kerja tetap stabil. Hanya 1 (satu) partisipan di luar yang mengungkapkan pengalaman ini, tidak menjalin hubungan dengan rekan kerja di luar kantor.

Berdasarkan hasil wawancara tentang *personal life enhancement of work* (PLEW) dapat diketahui bahwa, selama masa pademi Covid-19 kehidupan pribadi karyawan memberikan dampak positif untuk pekerjaan. Hal ini dikarenakan kehidupan pribadi partisipan dinilai masih menyenangkan walaupun dalam masa pandemi Covid-19. Selain itu, keadaan lingkungan kerja dan kondisi hubungan dengan rekan kerja mendukung partisipan untuk mencapai dan meningkatkan performanya. Di sisi lain, hubungan sosial di luar pekerjaan juga dapat membuat individu untuk meningkatkan kualitas pekerjaannya.

Work enhancement of personal life (WEPL)

Dimensi ini mengungkap sejauh mana pekerjaan bisa meningkatkan kualitas kehidupan karyawan, dari hasil wawancara diketahui bahwa selama masa pandemi Covid-19 dan menjalani WFO partisipan mendapatkan berbagai keterampilan dari tempat kerja dan dapat diterapkan di kehidupan sehari-hari, di antaranya berpikir teratur, kemampuan ini dinilai partisipan sangat penting dan dapat diterapkan di kehidupan pribadi guna meminimalisir kesalahan dalam mengambil tindakan. Selain itu, partisipan juga belajar tentang komunikasi dari tempat kerja, kemampuan ini dirasa sangat penting oleh partisipan karena di kehidupan sehari-hari tidak dapat terlepas dari berhubungan dengan orang lain dan berkomunikasi. Selanjutnya, partisipan juga belajar memahami cara mengatur keuangan, kemampuan ini juga merupakan hal penting yang dipelajari oleh partisipan karena di kehidupan pribadi kemampuan mengatur keuangan

sangat diperlukan dan yang terakhir ilmu yang didapatkan oleh partisipan yang dapat diaplikasikan di kehidupan pribadi adalah tentang perilaku hidup bersih serta cara menjaga kesehatan selama masa pandemi Covid-19. Berdasarkan hasil wawancara *work enhacement of personal life* (WEPL) dapat diketahui bahwa, selama masa pademi Covid-19 kehidupan pekerjaan memberikan dampak positif untuk kehidupan pribadi karyawan. Pekerjaan dapat meningkatkan kualitas kehidupan pribadi individu dikarenakan berbagai keterampilan yang diperoleh subjek pada saat bekerja bisa dimanfaatkan dalam kehidupan sehari-hari.

Semua partisipan menilai bahwa sejauh ini sudah cukup seimbang dalam menjalani peran dalam bekerja dan kehidupan pribadi. Hanya saja kehidupan pribadi selama masa pandemi Covid-19 ini terkadang memberikan dampak atau mengganggu kehidupan kerja. Menurut Fisher keseimbangan dapat dipenuhi ketika individu mempersepsi bahwa dirinya mampu memenuhi kehidupan pekerjaannya tanpa harus menggangu pemenuhan kebutuhan di luar pekerjannya dan sebaliknya (Fisher et al., 2009). Hal ini berarti ketika karyawan menilai kehidupan pekerjaan dan pribadinya dapat terpenuhi keduanya, maka individu berada dalam kondisi yang seimbang atau dapat mencapai *work-life balance.* Karyawan dikatakan dapat mencapai *work-life balance* ketika individu berada pada suatu keadaan tidak terdapat konflik diantara peran pekerjaan dan rumah tangga (Masita et al., 2019). Adapaun hal-hal yang membuat partisipan dalam penelitian ini dapat mencapai *work-life balance* adalah adanya dukungan dari keluarga serta rekan kerja untuk partisipan yang harus bekerja di luar rumah selama masa pandemi Covid-19 dan adanya waktu luang yang dimiliki partisipan untuk melakukan aktivitas pribadi. Hal ini sejalan dengan pendapat Paulose yang menyatakan w*ork-life balance* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni faktor individu, organisasi, lingkungan sosial dan faktor lainnya. (Paulose, 2014).

Work-life balance memiliki banyak manfaat untuk kehidupan setiap individu terutama karyawan selama masa pandemi Covid-19 ini. Kaiser (2011) menjelaskan ada 3 (tiga) manfaat *work-life balance* yang bisa dirasakna oleh karyawan, pertama *physical* dan *psychological health outcomes,* artinya *work-life balance* memberikan dampak baik untuk mengurangi gangguan fisik dan

psikologis. Artinya *work-life balance* sudah seharusnya diterapkan dengan baik di kehidupan para karyawan dalam mengadapi tantangan pekerjaan yang berat, salah satunya dalam kondisi pandemi Covid-19 dimana daya tahan tubuh yang optimal dan baik sangat penting untuk menjadi bekal agar menghindari terinfeksi virus Covid-19. Kedua *domain-specific statsfaction, role quality* dan *overall satisfaction* yang menjelaskan bahwa ketika karyawan menjalankan dua peran dengan seimbang maka akan memberikan dampak positif satu sama lain. Melalui hasil penuturan partisipan diketahui bahwa kehidupan pekerjaan dan pribadi partisipan dinilai cukup seimbang. Hal ini akan sangat bermanfaat dimasa pandemi dikarenakan keadaan tersebut membuat kondisi emosi karyawan lebih stabil dan terhindar dari stres. Kemudian yang terakhir *reduced stress* yang berarti bahwa *work-life balance* dapat menurunkan tingkat stres serta menunjang kesehatan karyawan. Pada masa pandemi Covid-19 ataupun dalam tantangan kerja lainnya, *work-life balance* dinilai sangat perlu di terapkan oleh karyawan karena dengan memiliki *work-life balance* yang optimal maka kondisi psikologis karyawan dapat tetap stabil dan menunjang produkivitas kerja. Sehubungan dengan hal itu, menurut hasil wawancara yang diperoleh dari partisipan diketahui bahwa para partisipan dalam hal ini adalah karyawan memiliki tingkat *work-life balance* yang cukup seimbang sehingga kondisi ini tentu berpotensi menjaga stabilitas emosi para partisipan dan juga menunjang kesehatan selama tetap bekerja di masa pandemi Covid-19.

Kesimpulan

Menjalani pekerjaan adalah aktivitas yang dilakukan oleh individu di usia produktifnya yakni antara 15 – 64 tahun. Pada saat melakukan pekerjaan karyawan tentu dihadapkan pada berbagai tantangan, baik tantangan dari dalam dan luar perusahaan maupun dari dalam dan luar diri individu yang bersangkutan. Tantangan pekerjaan merupakan sesuatu yang tidak bisa dihindari, karena hal tersebut merupakan suatu proses yang harus dilalui dan dihadapi oleh karyawan guna mengoptimalkan potensi diri yang dimiliki dan juga untuk mematangkan sikap kerjanya.

Selain bekerja, tentu saja setiap karyawan memiliki rutinitas lainnya.

Rutinitas tersebut diharapkan dapat menyeimbangkan kehidupan pekerjaan dan pribadi. Melalui aktivitas pribadi karyawan dapat memberikan kesempatan otak dan tubuh untuk beristirahat serta menjernihkan pikiran. Selain itu dengan melakukan aktivitas pribadi karyawan juga dapat mengurangi stress akibat bekerja sekaligus merevitalisasi tubuh. Karena tidak dapat dipungkiri bahwa terkadang permasalahan yang ada di pekerjaan dapat mempengaruhi kehidupan pribadi dan begitu pula sebaliknya. Oleh karena itu, dengan menyeimbangkan kehidupan bekerja dan pribadi karyawan diharapkan mampu mengelola diri agar dapat memposisikan diri saat bekerja dan tidak terpengaruh oleh masalah pribadi dan sebaliknya.

Pada abad ke 21 ini ada berbagai macam tantangan pekerjaan, mulai dari alat pekerjaan yang semakin canggih dan beberapa dapat menggantikan peran manusia, persaingan dengan karyawan lain yang semakin ketat, daya inovasi dan kreativitas yang dituntut untuk selalu berkembang. Selain beberapa hal tadi di tahun 2020 para karyawan dihadapkan pada tantangan baru, yakni berjuang melawan virus yang tak kasat mata. Beberapa karyawan dituntut untuk tetap bekerja ditengah situasi yang bisa dikatakan tidak aman. Kondisi ini tentu saja menjadi tantangan baru yang harus dihadapi. Selain berjuang tetap ke kantor ditengah situasi pandemi Covid-19 tugas lain karyawan adalah tetap memastikan kehidupan pekerjaan dan pribadi tetap seimbang agar menghindari tekanan dan stress di situasi pandemi. Hal tersebut sangat perlu diperhatikan karena dapat berdampak pada kondisi imun tubuh. Di masa pandemi Covid-19 daya tahan tubuh menjadi perhatian utama karena dengan kondisi imun tubuh yang baik maka individu akan lebih mudah terhindari dari virus Covid-19.

Melalui hasil wawancara pada 13 (tiga belas) partisipan yang tetap melakukan pekerjaannya dikantor (*work from office)* ditengah situasi pandemi Covid-19 diketahui bahwa *work-life balance* partisipan selama menjalani *work from office* (WFO) di masa pandemi Covid-19 dinilai seimbang. Hal ini dikarenkan selama menjalani WFO karyawan tetap memiliki waktu luang untuk kehidupan keluarga dan aktvitas pribadi. Selain itu, masalah pribadi berhasil dikendalikan oleh karyawan sehingga tidak mengganggu aktivitas kerja. Kemudian hubungan sosial di luar pekerjaan juga dapat membuat karyawan

mampu meningkatkan kualitas pekerjaannya. Selain itu, kehidupan pekerjaan memberikan dampak positif untuk kehidupan pribadi karyawan. Partisipan memaparkan bahwa pekerjaan yang dijalani dapat meningkatkan kualitas kehidupan pribadi dikarenakan berbagai keterampilan yang diperoleh pada saat bekerja bisa dimanfaatkan dalam kehidupan sehari-hari.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian, ada beberapa saran untuk bahan pertimbangan berbagai pihak terkait, di antaranya:

1. Pihak Perusahaan / Tempat Kerja

a. Bagi pihak perusahaan atau tempat kerja hendaknya memperhatikan berbagai aspek fisik maupun psikologis karyawan terutama pada saat pandemi Covid-19 atau pada situasi genting lainnya, karena karyawan merupakan aset yang harus dijaga guna mempertahankan usaha yang dijalani. Tanpa alat ataupun teknologi yang canggih perusahan masih bisa berjalan, namun tanpa karyawan perusahaan mungkin tidak akan berjalan.

b. Selama masa pandemi Covid-19 ataupun nanti sesudah pandemi ini berlalu, peneliti menyarankan agar setiap pemimpin perusahaan memiliki kemampuan yang memadai di bidang *controlling, mentoring* dan *counseling* (CMC) agar mampu mengayomi karyawan. Selain itu, untuk menambah kenyamanan karyawan perusahaan ataupun instansi lainnya disarankan membuat ruang khusus di kantor yang dapat digunakan karyawan untuk menenangkan diri ketika merasa perlu menyendiri saat menghadapi tekanan berat di tempat kerja.

c. Pemimpin diharapkan mampu menjaga konsistensi dalam perusahaan atau tempat kerja dalam berbagai keadaan, karena lingkungan yang stabil dan dapat diandalkan dapat memberikan rasa aman bagi karyawan.

d. Membuat program tanggung jawab sosial perusahaan atau *Corporate Sosial Responbility* (CSR) untuk karyawan. Hal ini dinilai sangat

bermanfaat untuk membangun *work-life balance* karyawan, karena melalui program CSR karyawan akan terlibat langsung di masyarakat dan diharapkan dapat memberikan suasana serta aktivitas baru bagi karyawan.

2. Karyawan

a. Guna mengoptimalkan *work-life balance,* karyawan disarankan untuk membuat jadwal harian yang akan dilakukan setiap hari dan konsisten.

b. Mengikuti berbagai pelatihan yang dapat menunjang *work-life balance,* misalnya aktivitas *team building* yang dinilai bermanfaat untuk membangun rasa kekompakan dan rasa keterlibatan antar karyawan.

c. Membangun *support system* di rumah dan di tempat kerja, dengan adanya *support system* karyawan akan merasa lebih aman.

Daftar Acuan

CNN. (2020). *Cemas pekerja yang masih harus ke kantor selama PSBB*. CNN Indonesia. https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200418155654-20-494840/cemas-pekerja-yang-masih-harus-ke-kantor-selama-psbb

Covid-19, S. (2020). *Data sebaran Covid-19 di Indonesia* . Satuan Penanganan Covid-19. https://covid19.go.id/

Elba Damhuri. (2020). *Bagaimana firus Corona menyebar dan menular ke orang lain?*—Republika.Co.Id. https://republika.co.id/berita/q8afvp440/bagaimana-virus-corona-menyebar-dan-menular-ke-orang-lain

Fisher, G. G., Bulger, C. A., & Smith, C. S. (2009). Beyond work and family : A measure of work / nonwork interference and enhancement . *14*(4), 441–456. https://doi.org/10.1037/a0016737

Gajimu. (2020). *Apakah itu Work from Home (WFH) dan apa dasar hukumnya?* https://gajimu.com/tips-karir/kondisi-kerja-dan-kehidupan-di-tengah-pandemi-covid-19-indonesia/faq-ketenagakerjaan-dan-covid-19

Kaiser, S. (2011). *Creating balance? Internatioal perspectives on the work-life integration on professionals* . Springer Heidelberg Dordrecht.

Kemenaker. (2020). *FAQ seputar ketenagakerjaan terkait pandemi Covid-19*. https://kemnaker.go.id/

Masita, T. S., Delyara, D. A., Fernando, M. L., Himmawan, G., & Claudianty, S. (2019). Work-family conflict dan work-life balance pada prajurit wanita TNI AL di Surabaya. *Fenomena*, *28*(1), 39–44. https://doi.org/10.30996/fn.v28i1.2454

Naithani, P. (2010). Overview of work-life balance discourse and its relevance in current economic scenario. . *Asian Social Science*.

Okezone. (2020). *Cerita karyawan yang tetap bekerja di tengah pandemi Covid-19.*. Okenews. https://nasional.okezone.com/read/2020/04/01/337/2192279/cerita-karyawan-yang-tetap-bekerja-di-tengah-pandemi-covid-19

Paulose, S. (2014).. *Work lifebalance: A conceptual review*

Poulose, S. and S. N. (2017). Work lifebalance: A conceptual. *Management and Economics*, *3*, 01–17.

Singh, S. (2017). Psychological well being and work-life balance of women working *- A co-relational study*. *8*(12), 1935–1940.

Yuliana. (2020). Corona virus diseases (Covid -19): Sebuah tinjauan literatur. *Wellness and Healthy Magazine*, *2*(1), 187–192.

Shanty Komalasari, *At the end of 2019 a new type of coronavirus (SARS-CoV-2) was discovered, then the disease was called Coronavirus disease 2019 (Covid-19). This virus spreads almost all over the world and is designated as a pandemic by the World Health Organization (WHO). As a result of this pandemic, many companies have implemented work from home (WFH), but several other companies have continued to implement work from office (WFO), which makes workers have a higher risk of contracting the virus than workers who are WFH. In the Covid-19 situation, workers are faced with WFO demands and continue to carry out personal activities. This can lead to anxiety and difficulty in balancing work and personal life, or what is commonly called a work-life balance. This study aims to obtain a picture of work-life balance WFO workers during the Covid-19 pandemic. Researchers used qualitative research methods using interviews to collect data. The results showed that the work-life balance of workers during WFO was considered balanced. This is because during WFO employees still have free time for family life and personal activities, even though personal problems sometimes have an impact on work, but this can still be overcome by the participants in various ways, including with the support of the work environment and co-workers who make them can achieve and improve work performance.*

Bab 27. Bekerja Lepas-Ganda *(Gig Work)*: Regulasi Diri sebagai Kunci di Tengah Pandemi

Iqbal Maesa Febriawan

Kerja! Kerja! Kerja *Gig!*

Bekerja merupakan salah satu tugas perkembangan penting bagi individu yang memasuki usia dewasa. Bekerja tidak semata-semata demi mendapatkan keuntungan dari sisi finansial tetapi juga memiliki aspek pemenuhan kebutuhan psikologis. Menurut Blustein (2008), seseorang dapat bertahan hidup, terhubung dengan orang lain, serta memiliki determinasi diri yang menentukan identitas dan statusnya di masyarakat melalui pekerjaannya. Selain berdampak terhadap kesehatan, pandemi Covid-19 telah mengubah pola kerja. Secara ekstrem, sebanyak 15,6% dari total tenaga kerja di Indonesia mengalami pemutusan hubungan kerja sejak pandemi (Pandamsari & Alvionita, 2020). Gasparro dan kolega (2020) juga menemukan bahwa kekhawatiran terkait kondisi pandemi ini memperkuat peran rasa tidak aman dengan pekerjaan terhadap munculnya gejala depresi. Artinya, beban pandemi ini secara dahsyat terbukti mempengaruhi tatanan kehidupan khususnya dalam konteks pekerjaan sehingga akhirnya berdampak buruk pada kesehatan jiwa.

Di tengah sulitnya mencari pekerjaan saat ini ditambah efek pandemi Covid-19, angkatan kerja mulai melirik bekerja lepas sebagai salah satu alternatif. Bekerja lepas kini terbantu dengan adanya teknologi sehingga pekerja lepas bisa *manggung* dari satu pekerjaan ke pekerjaan lain atau yang lebih dikenal dengan istilah *gig*. Laju teknologi yang semakin pesat membuat peluang bekerja lepas di beberapa tempat tumbuh semakin besar sehingga *gig economy* merupakan salah satu tren bekerja yang sudah diprediksi oleh *Society of Industrial and Organizational Psychology* (SIOP) di tahun 2019 (*It's the same, only different*, 2019; Stanford, 2017).

Intuit (2010), sebuah lembaga kajian sosial dan demografi internasional,

dalam rilis kajiannya memprediksi bahwa pekerjaan tradisional tidak akan lagi menjadi standar dan akan digantikan oleh pekerja lepas dan pekerja paruh-waktu. Ke depan perusahaan harus beradaptasi dengan ekspektasi bahwa pekerja lepas membutuhkan ruang fleksibel, kontrak yang mengikat dalam jangka pendek, dan tidak terkejut apabila penawaran untuk menjadi karyawan tetap ditolak. Dalam perspektif regional, Organisasi Buruh Sedunia (*International Labour Organization*, ILO) dalam laporan tahunannya mengungkapkan bahwa pekerja lepas menjadi salah satu tantangan pekerja ASEAN di era milenial. Di pihak lain, ditunjukkan beberapa tantangan yang dihadapi para pekerja lepas, yaitu: (1) bekerja lepas kurang memberikan stabilitas finansial meskipun dianggap menarik dan memberikan pendapatan yang lebih tinggi dibandingkan bekerja tetap, (2) perusahaan kurang mempercayai pekerja lepas karena kekhawatiran akan kualitas pekerja meskipun perusahaan dapat membayar lebih ringan dibandingkan membayar pekerja tetap, dan (3) pekerjaan lepas sendiri sulit ditemukan, sulit diatur, dan sangat mengandalkan kerja individu dibandingkan kerja tim (*International Labour Organization*, 2016).

Sebagian angkatan kerja bahkan mempertimbangkan untuk menjadikan kerja lepas sebagai karier utama. Survei Deloitte (2016) terhadap pekerja milenial menunjukkan bahwa bekerja lepas akan menjadi tren, terrbukti 66% dari partisipan sudah memutuskan untuk berhenti sebagai karyawan dan memilih bekerja lepas. Rani dan Furrer (2020) juga mengemukakan bahwa kerja *gig* merupakan satu-satunya cara mendapatkan penghasilan di tengah kesulitan ekonomi yang melanda sebelum maupun setelah pandemi Covid-19, terutama bagi partisipan yang berlatar belakang ras Asia. Selain itu, bekerja lepas dalam berbagai bidang dapat memberikan pemasukan sampingan bagi karyawan penuh waktu. Survei yang dilakukan Sribulancer tahun 2015 menunjukkan bahwa lima dari sepuluh pekerja lepas merupakan pekerja tetap atau karyawan yang baru memulai karier (baru bekerja satu sampai dua tahun) dan berusia sekitar 18-25 tahun (Meodia, 2015). Artinya, seorang karyawan bisa melanjutkan *manggung* di tempat lain setelah bekerja demi mendapatkan tambahan penghasilan. Isu bekerja ganda pun mencuat karena pada akhirnya pekerja lepas paruh waktu dapat mengambil beberapa pekerjaan dalam satu waktu sedangkan pekerja

penuh waktu juga dapat juga mengambil pekerjaan sampingan di sela-sela waktu pekerjaan tetapnya. Pengusaha yang berpartisipasi dalam *gig economy* yang terus tumbuh juga memberikan opsi ketenagakerjaan yang lebih banyak bagi mereka yang mencari kebebasan dan fleksibilitas di tengah stagnasi upah dan tidak menentunya kenaikan pendapatan (Gleim, Johnson, & Lawson, 2019). Semua ini menunjukkan bahwa bekerja lepas mulai dipandang sebagai pekerjaan yang lumrah dan lebih diterima di kalangan milenial.

Organisasi Buruh Sedunia mengungkapkan dalam laporan tahunannya bahwa beberapa tahun ke depan bekerja lepas akan berkontribusi lebih dalam penyerapan tenaga kerja, khususnya untuk perempuan (*International Labour Organization*, 2016). Melihat proporsi partisipan berdasarkan jenis kelamin, pekerja lepas perempuan lebih banyak terlibat dalam penelitian ini dibandingkan pekerja laki-laki. Hal ini senada dengan laporan yang dirilis Intuit maupun ILO bahwa tren bekerja lepas akan menempatkan perempuan lebih baik dalam sumbangsih ketenagakerjaan. Secara spesifik, Intuit (2010) menyebutkan soal *she-conomy* yang menempatkan peran dominan perempuan dalam bekerja lepas sebagai salah satu prediksi ekonomi di 2020. Partisipasi yang lebih banyak dari perempuan dalam bekerja lepas ini diduga terkait dengan kebutuhan akan fleksibilitas waktu dan berkurangnya waktu untuk pergi dan pulang kantor, demi mengurus keluarga (*International Labour Organization*, 2016). Temuan tersebut didukung oleh hasil survei Rani dan Furrer (2020) yang mengemukakan bahwa perempuan pekerja lepas melakukan aktivitasnya di siang dan sore hari terutama setelah menyelesaikan pekerjaan rumah tangga. Meskipun demikian, sebuah penelitian lain menunjukkan bahwa wanita yang bekerja lepas mengalami gejala depresi yang lebih parah dibandingkan pekerja lepas pria (Doucette & Bradford, 2019). Temuan tersebut menunjukkan bahwa peluang kerja lepas yang lebih luas untuk perempuan ternyata disertai tantangan terkait kesehatan jiwa.

Underemployment, yaitu kenyataan bahwa pekerja *gig* seringkali harus menerima kondisi pekerjaan (status, imbal finansial) di bawah standar pekerjaan tetap juga menjadi tantangan tersendiri sebagai konsekuensi bekerja lepas (Graham, Hjorth, & Lehdonvirta, 2017). Meskipun secara teori pekerjaan lepas menawarkan keseimbangan antara hidup dan pekerjaan, pada kenyataannya

menggabungkan aktivitas kehidupan sehari-hari dan bekerja di tempat tinggal yang sama ini terbukti mengandung risiko yang cukup besar. Kehadiran teknologi memungkinkan seseorang bekerja dengan waktu tanpa dibatasi jam kerja formal serta bebas memulai dan mengakhiri jam kerja. Dampaknya, pekerja lepas dapat mengerjakan tugas di luar jam kerja seperti yang biasa dilakukan oleh pekerja tradisional. Bahkan dengan tuntutan klien yang menekankan kecepatan, ketepatan dan kualitas, mereka dapat menggunakan hampir seluruh waktunya untuk pekerjaan. Berpindahnya lokasi kerja ke rumah atau di tempat lainnya di satu sisi memudahkan individu untuk menjalankan dan mengatur berbagai kegiatan lain namun di sisi lain bisa terjadi benturan antara kepentingan kerja dan kepentingan lainnya. Kondisi ini relevan dengan pekerja lepas sebab sifat pekerjaannya mengharuskan dirinya mampu mengatur ritme kerja agar hasil kerjanya sesuai dengan kesepakatan sekaligus memenuhi kebutuhannya yang lain. Kondisi pandemi Covid-19 menambah tantangan bagi pekerja *gig* untuk tetap produktif. Artikel ini akan mengetengahkan regulasi diri sebagai salah satu aspek psikologis yang berperan terhadap produktivitas dan kesehatan jiwa para pekerja lepas. Telaah ini penting sebab telaah di ranah perilaku organisasi lebih banyak terfokus pada populasi pekerja konvensional yang bekerja di kantor.

Kerja *Gig* dan Implikasi Praktisnya

Gig merupakan pekerjaan satu waktu melalui penawaran yang dilakukan di situs daring maupun telepon (Thompson, 2018). Hingga saat ini, peraturan yang mendefinisikan pekerja lepas terdapat dalam Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi nomor 100 tahun 2004 berupa ketentuan tentang volume dan hari kerja yang berubah-ubah dengan total hari kerja tidak lebih dari 21 hari per bulan (Badan Pembinaan Hukum Nasional, 2004). Kendall (2013) membedakan pekerja lepas dan pekerja kontrak berdasarkan ada atau tidaknya perjanjian kerja jangka menengah. Pekerja lepas biasanya memiliki durasi kerja dengan satuan proyek, jam, atau hari sedangkan pekerja kontrak bisa bekerja dalam satuan minggu bahkan bulan. Ketentuan undang-undang yang menempatkan bekerja kurang dari 7-8 jam per hari sebagai pengangguran setengah menganggur juga tidak relevan karena pekerja lepas dapat bekerja lebih

dari jam tersebut.

Ashford, Caza, dan Reid (2018) mengemukakan bahwa motif bekerja lepas juga penting diketahui untuk menggali lebih dalam makna serta perbedaan antara satu pekerja *gig* dengan yang lainnya. Orang yang secara sukarela terjun dalam dunia kerja lepas untuk mencari tambahan penghasilan mungkin akan berbeda pemaknaannya akan bekerja lepas dibandingkan mereka yang terjun karena kendala fisik seperti sakit menahun atau kehilangan pekerjaan karena kondisi ekonomi nasional maupun global yang tidak stabil. Perbedaan motif antara pria dan wanita juga terlihat. Mencari penghasilan tambahan atau menghindari risiko kehilangan pendapatan menjadi motif dominan bagi laki-laki sedangkan perasaan tidak aman terkait pekerjaan menjadi motif yang menonjol bagi perempuan (Doucette & Bradford, 2019).

Fleksibilitas merupakan salah satu alasan utama maraknya *gig economy* pada awal kemunculannya saat terjadi resesi besar pada tahun 2000-an. Saat itu banyak individu memenuhi kebutuhan hidup mereka dengan melakukan *gig* sebagai pekerjaan sampingan untuk mendapatkan tambahan penghasilan (Gleim, Johnson, & Lawson, 2019). Healy, Nicholson, dan Pekarek (2017) juga mengemukakan bahwa motif bekerja lepas terkait karier adalah pengembangan keterampilan dan portofolio melalui pekerjaan tambahan. Sessions, Nahrgang, Vaulont, Williams dan Bartels (2020) juga mengemukakan efek positif *gig* sebagai pekerjaan sampingan terhadap pekerjaan penuh waktu berupa pemberdayaan (*empowerment, enrichment*), emosi positif, dan sisa atensi yang lebih baik setelah sehari bekerja tetap. Dengan peningkatan keterampilan serta kumpulan portofolio kerja lepas, kemungkinan pekerja lepas direkrut sebagai karyawan tetap ikut meningkat karena kemampuan pekerja lepas yang sudah terverifikasi.

Sehubungan durasi pekerjaan yang ditetapkan, pekerja lepas dapat mengambil beberapa *gig* dalam satu waktu. Salah satu pendukung tindakan tersebut adalah fasilitas teknologi digital yang berperan penting sebagai sumber informasi mengenai pekerjaan yang tersedia. Hal tersebut terbukti dengan menjamurnya *platform* aplikasi yang menjembatani pihak yang memiliki kebutuhan dan pihak yang menyediakan produk atau jasa (Healy, Nicholson, & Pekarek, 2017). Sebagai mediator antara kedua pihak, penyedia aplikasi seringkali

menyebut dirinya perusahaan teknologi dan menolak klaim kepemilikan atas produk atau jasa yang ditransaksikan. Contohnya, sebuah perusahaan aplikasi transportasi menolak dianggap sebagai perusahaan penyedia jasa transportasi sebab hanya berperan sebagai penyedia aplikasi perantara jasa tersebut (Nastiti, 2018). Perlakuan serupa juga terjadi pada situs daring penghubung pekerja lepas dan penawar kerja dimana mereka hanya berperan sebagai penghubung, bukan penyedia tenaga kerja *gig*. Duggan, Sherman, Carbery, dan McDonnell (2020) juga mengemukakan tiga kategori peran teknologi sebagai penghubung antara permintaan dan penawaran dalam konteks kerja lepas, yaitu *capital platform, crowdwork,* dan *app-work*. *Capital platform* merujuk pada peran teknologi sebagai pasar tempat pekerja lepas memasarkan barang maupun jasa yang ditawarkan pada calon pelanggan. *Crowdwork* mengacu pada peran teknologi sebagai media pemberi kerja untuk menawarkan pekerjaan yang biasanya bersifat kompleks untuk diselesaikan dalam *platform* tersebut secara utuh maupun parsial. *App-work* mengacu pada peran teknologi sebagai penanda pekerjaan sederhana yang dapat diambil untuk kemudian dikenakan tarif untuk pekerja lepas dan penyedia layanan setiap proyeknya. Dengan ragam aplikasi berbasis teknologi sebagai pendukung, bekerja lepas sebagai sampingan maupun pekerjaan utama menjadi realitas yang jamak ditemui di masyarakat.

Rekomendasi maupun profil portofolio yang disajikan terhadap pekerja lepas merupakan tinjauan yang diberikan mereka maupun pemberi kerja atas pekerjaan yang dihasilkan. Peran teknologi dari sisi pengguna juga dibahas secara mendalam oleh Thompson (2018) dalam studinya tentang nomaden digital. Menurutnya, pekerjaan tidak lagi terkait batas ruang dan waktu dengan bantuan teknologi. Pekerja lepas dapat mengerjakan pekerjaannya di belahan dunia mana pun selama terhubung dengan teknologi. Bagi pekerja lepas, hal ini dapat bermakna bahwa mereka bisa saja mendapatkan klien internasional sebagai pemberi kerja.

Imbas yang kedua dari *gig* adalah bahwa pekerjaan lepas tidak hanya datang dari mulut ke mulut atau penunjukan khusus. Pekerja lepas dapat dengan aktif mencari pekerjaan yang sesuai dengan portofolio dan kompetensi dirinya sekaligus menawarkan harga untuk jasa atau produk yang bisa ia hasilkan. Terkait

peningkatan kompetensi maupun portofolio, istilah *digital polymath* yang menggambarkan pekerja lepas yang menguasai beberapa keterampilan dalam satu waktu menjadi relevan terkait penggunaan teknologi. Sinicki (2019) menjelaskan bahwa *digital polymath* dapat terjadi karena internet memungkinkan seseorang untuk mempelajari berbagai keterampilan secara cepat dan simultan sekaligus menyediakan fasilitas untuk mengekspresikan berbagai keterampilan yang dimiliki untuk menjawab kebutuhan pencari pekerja lepas. Hal ini menunjukkan bahwa pekerja lepas dengan *gig* tidak selalu menjadi pihak yang pasif menunggu pesanan atau instruksi, tetapi juga dapat memilih pekerjaan dengan harga dan kemampuan yang sesuai dengan dirinya. Peran aktif dalam mencari pekerjaan di era *gig economy* ini tidak hanya berimbas pada pekerja lepas, tetapi juga pada karyawan yang berafiliasi dengan perusahaan atau lembaga tertentu, yaitu bahwa ke depan seorang karyawan dapat memiliki peran ganda: karyawan di organisasi tempat ia bekerja dan sebagai pekerja lepas yang menjual kepakaran atau minat kerjanya.

Dampak terakhir terhadap bekerja iadalah soal karier. Harrison (2006) membahas peran karier protean atau nirbatas (*boundaryless).* Menurutnya, karier kontemporer merupakan sesuatu yang *mobile,* ditentukan secara mandiri, terbebas dari hierarki, mampu beradaptasi dan bertahan di dunia modern, serta mampu terbuka terhadap perubahan dan disrupsi. Dengan kata lain, konseptualisasi karier dalam perspektif ini mendefinisikan pekerja sebagai agen yang mampu terhubung dengan pekerjaan secara bebas. Kost, Fieseler, dan Wong (2020) berpandangan bahwa praktik manajemen SDM yang menggunakan pekerja lepas harus berbeda dengan pekerja tetap di organisasi. Implikasinya, karier pekerja lepas perlu didefinisikan ulang dengan pendekatan jejaring (*network*). Artinya, penentu karier pekerja lepas tidak hanya datang dari kualitas dan kuantitas pekerjaan yang mampu diselesaikan tetapi juga seberapa luas hubungan antarpribadi dengan sesama pekerja lepas maupun pemberi kerja.

Pendekatan karier tersebut sekaligus menantang asumsi karier dalam konteks pekerjaan sebagai sebuah progres linear-vertikal. Idowu dan Elbanna (2020) mengemukakan tahapan karier yang disusun secara mandiri sekaligus dijalani pekerja lepas, yaitu memulai, membangun reputasi, menetapkan karier,

menjaga keunggulan kompetitif, dan menyelesaikan kerja *gig*. Dalam memulai karier sebagai pekerja lepas, seseorang dapat menilai kualitas dirinya dalam dua dimensi: familiaritas dengan teknologi dan pengalaman kerja sebelumnya. Akan ada pekerja yang baru memulai karier profesionalnya maupun pekerja lepas yang sebelumnya mendapat pekerjaan berdasarkan rujukan dari orang terdekat. Tahapan reputasi, penetapan karier, dan mempertahankan keunggulan kompetitif berkaitan dengan kualitas hasil kerja dan nilai tambah yang diberikan oleh pekerja lepas. Dengan keterampilan dan pengetahuan yang sama, individu dapat beralih antar pekerjaan sebagai bentuk aktualisasi diri dan memaksimalkan potensi yang dimiliki. Konsep karier ini lebih relevan pada pekerja lepas dibandingkan karyawan konvensional bertolak dari pandangan bahwa pekerja lepas dapat mengambil pekerjaan yang sesuai dengan keterampilan saat ini maupun mengembangkan portofolio ke pekerjaan lain yang masih relevan dengan keterampilan yang dimiliki saat ini. Mengakhiri karier sebagai pekerja lepas merujuk ke dua hal: menjadi pakar di bidang kerja *gig* yang ditekuni maupun menjadi wirausahawan di bidang tersebut (Idowu & Elbanna, 2020). Menjadi pakar berujung ke arah edukasi (mentor) sedangkan menjadi wirausahawan dapat diwujudkan dalam bentuk wirausahan hibrida (bekerja daring-luring) maupun wirausahawan penuh waktu (*full-time business entrepreneur*).

Peluang dalam Bekerja *Gig*

Dari pengertian seperti di atas, tampaknya fleksibilitas menjadi kunci dalam pola kerja lepas dan dianggap sebagai strategi dalam bekerja untuk mempromosikan keseimbangan antara kerja dan kehidupan di luar kerja (*work-life balance*). Robertson dan Cooper (2011) mengemukakan beberapa skema yang digunakan dalam fleksibilitas waktu bekerja. Di antara skema tersebut, skema yang digunakan pekerja lepas antara lain adalah *flexitime* atau bebas menentukan jam mulai dan selesainya pekerjaan serta lokasi bekerja yang bisa dilakukan di mana saja termasuk di rumah. Di saat pekerja konvensional perlu beradaptasi dengan skema bekerja di rumah atau di mana pun selain kantor, pekerja lepas sudah melakukan hal tersebut sebagai rutinitas sehingga tidak terlalu kaget dalam menjalani kebiasaan kerja semacam itu.

Selain fleksibilitas kerja dan kebebasan dari hierarki yang ditawarkan melalui pekerjaan lepas, *gig economy* secara khusus menawarkan paparan terhadap pekerjaan internasional. Pekerja lepas di Indonesia bisa saja menerima pekerjaan dari klien di benua Amerika maupun Eropa. Implikasinya, pekerja lepas dapat menawarkan jasa atau produknya kepada penawar dengan harga tertinggi. Maka dapat dipahami bahwa beberapa pekerja lepas akhirnya memiliki gaji yang lebih tinggi dibandingkan pekerja kantoran karena dibayar dengan mata uang asing serta dapat menangani beberapa klien sekaligus dalam satu waktu. Dengan bermodal telekonferensi maupun email, pihak yang terlibat dapat mengomunikasikan ekspektasi pekerjaan dan mendiskusikan progres maupun hasil pekerjaan yang diberikan.

Di sisi lain, teknologi juga memberikan daya tarik dalam bentuk inklusi dan akses yang disediakan oleh *gig work,* khususnya dalam penawaran kesempatan untuk 'jangkauan yang lebih luas bagi individu termasuk mereka yang memiliki keterbatasan dalam mobilitas dan ketersediaan untuk bekerja dalam waktu kerja yang reguler'. Bekerja lepas atau *gig work* kiranya memang mampu mengatasi keterbatasan geografis pekerja, memungkinkan kecocokan yang lebih baik antara *supply and demand* terkait keterampilan di pasar kerja, serta dapat mendemokratisasi penciptaan ide-ide baru (Shibata, 2019).

Otonomi dan independensi dalam bekerja juga merupakan keuntungan yang paling disoroti di kalangan pekerja lepas sehingga bagi mereka bekerja merupakan media untuk mengekspresikan diri sekaligus mengembangkan kemampuan (Petriglieri, Ashford, & Wrzesniewski, 2019; Ashford, Caza, & Reid, 2018). Seperti pekerjaan lepas pada umumnya, pekerja lepas juga bisa memilih *gig* yang mendukung portofolionya atau bahkan sebagai bukti untuk mengajukan diri sebagai karyawan di level lebih tinggi karena pekerja lepas mampu mengemban tanggung jawab yang lebih banyak. Bekerja secara *gig* juga dapat memaksimalkan potensi pengembangan diri melalui vitalitas dalam bekerja dan mekanisme pembelajaran yang didapatkan melalui pekerjaan (Ashford, Caza, & Reid, 2018). Sinicki (2019) juga mengungkapkan bahwa *gig* adalah media yang baik untuk *trial-and-error* sekaligus melatih disiplin bagi para wirausahawan karena usaha mandiri yang dimulai bisa diujicobakan melalui

kegiatan *gig* dan jika sukses dapat diperbesar skala bisnisnya di kemudian hari.

Tantangan Bekerja *Gig*

Kerentanan paling umum yang dialami adalah soal nilai kerja, waktu pekerjaan, instabilitas pendapatan, dan keuntungan yang tidak didapatkan dibandingkan dengan karyawan di perusahaan atau lembaga (Thompson, 2018). Dahsyatnya efek pandemi ini terhadap ketidakstabilan pendapatan pekerja lepas dibuktikan oleh temuan Flourish (2020) yang menunjukkan bahwa pekerja lepas di Indonesia yang memperoleh pendapatan kurang dari Rp 3.000.000,00 meningkat rasionya dari 20% menjadi 80%. Ditambah dengan jaring pengaman finansial yang belum disadari maupun dimiliki sebagian besar pekerja lepas, pandemi ini memukul telak kondisi finansial mereka. Hal ini juga diperkuat dengan kekhawatiran terbesar para pekerja lepas di masa pandemi ini berdasarkan hasil riset yang sama, yaitu kepastian akan pendapatan. Pekerja lepas seringkali harus menerima harga di bawah standar yang ia tetapkan untuk mendapatkan *deal* dengan klien. Keadaan tersebut terkait dengan fluktuasi pekerjaan yang tidak menentu di kalangan pekerja lepas. Pekerja lepas harus mengorbankan salah satu antara standar nilai finansial pekerjaannya dan frekuensi mendapatkan *gig*. Pekerja lepas yang memasang harga yang bahkan hanya sedikit lebih tinggi dibandingkan harga pasaran pekerja lepas tentu tidak akan dilirik oleh klien sehingga pekerja lepas seringkali menurunkan standar pribadinya agar mendapatkan pemesanan jasa kembali. Menurut Healy, Nicholson, dan Pekarek (2017) kondisi banting harga ini merupakan efek dari fragmentasi pekerjaan, dimana pekerjaan yang tadinya bisa dikerjakan oleh satu orang dengan harga tinggi dapat dipecah dan dibagikan ke pekerja lepas lain dengan harga yang mungkin jika ditotal akan lebih rendah daripada menggunakan jasa pekerja lepas yang dapat menangani satu pekerjaan secara utuh. Fragmentasi ini dapat melemahkan daya tawar pekerja lepas di bursa kerja sekaligus memperkuat persepsi bahwa mereka mudah tergantikan (*interchangeable*) karena sifat pekerjaan yang repetitif dan minim pengembangan keterampilan kerja (Shibata, 2019).

Isu kerentanan (*precarious*) dalam bekerja lepas pada akhirnya dapat berdampak terutama pada kesehatan jiwa pekerja lepas (Gross, Musgrave,

& Janciute, 2018). Hal tersebut diperkuat oleh klaim Mousteri, Daly, dan Delaney (2020) yang mengemukakan bahwa transisi dari pekerja tetap menjadi pekerja lepas menimbulkan reaksi stress yang lebih parah daripada transisi dari pekerja lepas ke pekerja tetap. Rönnblad dkk. (2019) mengemukakan bahwa terdapat bukti-bukti yang menguatkan efek negatif ketidakamanan pekerjaan (*job insecurity*) terhadap kesehatan jiwa di kalangan pekerja lepas serta bukti-bukti permulaan yang perlu dikaji lebih dalam terkait peran *underemployment* maupun waktu kerja yang tidak menentu untuk menyelesaikan tugas terhadap isu kesehatan yang sama. Wood, Graham, Lehdonvirta, dan Hjorth (2019) menambahkan bahwa kontrol dari algoritma yang menjadi pusat dari kegiatan bekerja lepas membuat pelakunya merasa kesepian, bekerja di luar batas, kurang istirahat, bahkan mengalami kelelahan ekstrem. Hal ini terjadi karena kerentanan bekerja lepas yang 'memaksa' individu untuk mencari *gig* sebanyak-banyaknya untuk memperoleh pendapatan semaksimal mungkin.

Kemandirian yang dimiliki pekerja lepas pun berimplikasi bahwa mereka harus mengatur logistik dan ritme kerja seorang diri sebab tanggung jawab atas kualitas pekerjaan ditentukan oleh diri mereka sendiri (Ashford, Caza, & Reid, 2018). Hal ini juga berimplikasi terhadap kehidupan sosial pekerja lepas yang kebanyakan pekerjaannya dilakukan seorang diri. Survei yang dilakukan Deloitte (2006) menunjukkan bahwa pekerja lepas seringkali merasakan kesepian sehubungan dengan pola kerja tersebut. Hal ini juga diperkuat dengan *nature* kerja lepas yang lebih menonjolkan kompetisi antar pekerja lepas dibandingkan kolaborasi di antara mereka (Graham, Hjorth, & Lehdonvirta, 2017). Kemandirian sebagai faktor utama dalam bekerja lepas juga dapat berdampak terhadap identitas sosial para pekerja lepas. Penelitian yang dilakukan dengan pendekatan *grounded theory* oleh Petriglieri, Ashford, dan Wrzesniewski (2019) menemukan bahwa ketiadaan identitas sebagai bagian dari organisasi menjadikan pekerja lepas merasa rentan akan statusnya sebagai pekerja, ditambah dengan ketidakstabilan rutinitas kerja maupun pendapatan. Isu identitas ini dapat juga berpengaruh terhadap keyakinan pekerja lepas akan kualitas maupun nilai jasa yang ia berikan. Studi yang dilakukan Gleim, Johnson dan Lawson (2019) menunjukkan bahwa dibandingkan karyawan

tetap perusahaan, pekerja lepas memiliki kongruensi identitas yang lebih rendah dengan organisasi sehingga memiliki efek terhadap ke(tidak)percayaan mereka terhadap harga maupun mutu pekerjaan yang mereka hasilkan. Temuan tersebut juga menjelaskan mengapa pada akhirnya ada pekerja lepas yang membanting harga serendah mungkin di pasaran pekerja lepas. Isu pengembangan personal maupun profesional pun menjadi isu sentral pada pekerja lepas (Graham, Hjorth, & Lehdonvirta, 2017). Longgarnya ikatan kerja membuat organisasi tidak merasa perlu untuk mengembangkan keterampilan pekerja sehingga pada akhirnya pekerja lepas juga yang bertanggung jawab secara mandiri atas kebutuhannya untuk mengembangkan diri.

Dari sisi perusahaan, konsep mitra diperkenalkan untuk membedakan *gig worker* dengan karyawan tetap. Salah satu alasan perbedaan mitra dengan karyawan tetap adalah jam kerja. Untuk karyawan tetap jam kerja mereka bisa diprediksi dan ada target dari organisasi yang wajib dipenuhi sedangkan bagi *gig worker* jam kerja mereka tidak dapat diprediksi karena yang lebih dipentingkan adalah hasil pekerjaan yang diberikan (Healy, Nicholson, & Pekarek, 2017). Durasi bekerja yang panjang dapat mengaburkan keseimbangan hidup-dan-pekerjaan (*work-life balance*). Mazmanian, Orlikowski, dan Yates (2013) mengemukakan bahwa dibanding pekerja lepas sebelum maraknya *gig,* pekerja lepas akan lebih rentan terhadap isu keseimbangan hidup-dan-pekerjaan karena ketergantungan dengan teknologi mengaburkan batas pekerjaan dan kehidupan pribadi ditambah pekerjaan yang bisa menjadi lintas negara maupun benua menuntut pekerja lepas untuk siap sedia di waktu klien menghubungi, yang merupakan waktu pribadi pekerja lepas.

Meskipun memiliki fleksibilitas untuk mengatur pekerjaannya, pekerja lepas juga dapat menjadi rentan terhadap stress sehubungan dengan pekerjaan mereka yang dapat melebihi jam kerja pada umumnya, baik karena *gig* yang terlalu banyak diambil atau pekerjaan dalam satu pekerjaan lepas membutuhkan penyelesaian segera atau jangka waktu yang panjang (Barley & Kunda, 2004). Selain keseimbangan-hidup-dan-pekerjaan, efek negatif terhadap kesejahteraan pekerja lepas sebagai imbas dari jam kerja non-standar antara lain berupa rendahnya kepuasan dalam hidup (*life satisfaction)* dan kelelahan emosional

terutama pada pekerja lepas laki-laki, mereka yang telah menikah dan memiliki anak (Shevchuk, Strebkov, & Davis, 2019). Temuan tersebut bermakna bahwa fleksibilitas dan otonomi dalam menentukan *gig* seringkali harus dibayar dengan efek samping dari bekerja dalam durasi yang panjang untuk mengejar penyelesaian pekerjaan. Isu fleksibilitas yang menjadi alasan bekerja lepas ditengarai juga lebih berpihak pada pekerjaan yang mengandalkan pengetahuan daripada keterampilan fisik. Tinjauan Spreitzer, Cameron, dan Garrett (2017) terhadap kedua jenis pekerjaan tersebut menyimpulkan bahwa efek positif dari pekerjaan lepas yang mengandalkan pengetahuan diatribusikan pada kebebasan atas cara maupun waktu dalam menyelesaikan pekerjaan yang tidak selalu dimiliki pekerja lepas yang mengandalkan keterampilan fisik.

Strategi dalam Bekerja *Gig*

Dibandingkan dengan karyawan di perusahaan atau lembaga, pekerja lepas tidak mendapatkan keuntungan di luar upah seperti upah minimum regional, jaminan kesehatan, bantuan pajak, hingga dana pensiun (Badan Pembinaan Hukum Nasional, 2004). Dalam menjawab tantangan tersebut, pekerja lepas harus memiliki strategi baik dalam finansial maupun pekerjaan agar mendapatkan keamanan secara finansial dan tidak terbebani dengan pekerjaannya. Jika kedua strategi tersebut dapat dijalankan dengan optimal, diharapkan pekerja lepas akan memiliki identitas sebagai pekerja yang giat sekaligus memiliki diri yang vital yang ditandai dengan memenuhi ekspektasi yang diberikan dalam pekerjaannya dan memanfaatkan emosi yang intens sebagai bahan bakar untuk belajar dan bertumbuh (Petriglieri, Ashford, & Wrzesniewski, 2019). Sinicki (2019) mengemukakan beberapa strategi finansial yang bisa digunakan pekerja lepas untuk mengatasi *job-and-income insecurity*, antara lain dengan melakukan kerja borongan untuk mendapatkan harga yang tinggi atau kerja per durasi waktu untuk mendapatkan pemesanan berulang, memiliki paket harga atas kerja satuan yang biasanya sedikit lebih murah dibandingkan total harga kerja satuan, dan memberikan contoh jasa secara cuma-cuma untuk mendapatkan atensi dari calon klien.

Untuk memenuhi kebutuhan pengembangan profesional, pekerja

lepas dapat mengambil sertifikasi untuk mengukuhkan kredensial dalam bekerja lepas (Graham, Hjorth, & Lehdonvirta, 2017). Ashford, Caza, dan Reid (2018) menambahkan bahwa seorang pekerja lepas membutuhkan keterampilan kognitif-emosional dan perilaku terkait penyelesaian pekerjaan maupun relasi profesional yang penting dimiliki agar *gig* dapat berjalan dengan sukses. Bekerja lepas secara umum berkaitan dengan ketidakpastian, baik dari sisi ada atau tidaknya pekerjaan maupun ketepatan pembayaran sebagai hasil imbal balik dari pekerjaan yang dilakukan sehingga seorang pekerja lepas membutuhkan fleksibilitas dalam berpikir, ketangkasan dalam mempelajari hal baru, perencanaan strategis maupun operasional yang mumpuni, terbuka terhadap perubahan, dan manajemen emosi dalam menghadapi perubahan.

Terkait pola kerja individualistik, Petriglieri, Ashford, dan Wrzesniewski (2019) menyarankan agar pekerja lepas mengatribusikan diri dengan tempat, rutinitas, tujuan, aktivitas, maupun emosi tertentu selama menjalankan pekerjaan lepas sehingga memiliki makna yang membentuk identitas pribadi untuk mengimbangi hilangnya identitas sosial karena tidak berafiliasi sebagai karyawan. Membangun hubungan antarpribadi yang baik dengan klien, sesama pekerja lepas, maupun dengan teman dan keluarga juga disarankan untuk mengimbangi hilangnya identitas sebagai bagian dari organisasi. Hal ini bertujuan untuk menanggulangi efek samping dari pola kerja individualistik yang dijalani oleh pekerja lepas. Healy, Nicholson, dan Pekarek (2017) bahkan memberi contoh bahwa di Australia, pemberi jasa daring untuk tumpangan kendaraan membentuk *Ride-Share Drivers United*, serikat supir *gig* untuk menyuarakan perhatian pekerja *gig*. Namun literatur yang sama juga mengungkapkan bahwa kekuatan serikat pekerja lepas tidak sebesar serikat karyawan maupun buruh karena solidaritas yang mengakar di antara mereka. Pekerja lepas perlu mengembangkan kelincahan dalam membangun relasi, yaitu keterampilan untuk membangun, mempertahankan, atau mengakhiri sebuah hubungan, khususnya hubungan profesional, dengan cepat (Ashford, Caza, & Reid, 2018). Kemampuan tersebut akan mempermudah pekerja lepas untuk fokus dan cepat beradaptasi dari satu kebutuhan klien yang terselesaikan ke penggalian kebutuhan baru pada klien yang lain.

Regulasi Diri sebagai Persiapan Bekerja *Gig*

Pekerja lepas memiliki tantangan bekerja dalam durasi waktu yang tidak konvensional sehingga mereka membutuhkan strategi untuk mendisiplinkan pola kerja yang dapat membantu penyelesaian tugas. Artinya, seorang pekerja lepas perlu cermat dalam mengatur dirinya sendiri karena selain mengerjakan pekerjaan, mereka pun perlu membagi bagi waktu demi kehidupan pribadi mereka. Regulasi diri menjadi sangat penting dalam hal ini dan dimulai dengan penetapan tujuan. Meskipun ada target yang sudah disepakati dengan klien, pekerja lepas perlu juga menetapkan target yang bermakna bagi dirinya dan bekerja dengan nilai tambah (tidak hanya puas sesuai standar). Fokus untuk menyelesaikan pekerjaan dengan target optimal yang ditetapkan secara mandiri dapat memberikan nilai tambah dalam bekerja lepas dibandingkan dengan berfokus untuk hanya menyelesaikan target yang disepakati dengan upaya yang sebanding. Fokus dalam menetapkan dan mengimplementasikan tujuan ini kurang lebih akan berdampak pada kesejahteraan psikologis, terutama bagi pekerja lepas yang mencari nilai tambah dalam bekerja.

Setelah mengetahui fokus dan menetapkan target, memantau proses menuju hasil adalah hal yang dapat membuahkan rasa pencapaian. Meskipun secara teori pekerjaan lepas menawarkan keseimbangan hidup dan pekerjaan (*work-life balance*) namun pada kenyataannya terdapat risiko yang cukup besar untuk menggabungkan antara aktivitas sehari-hari di tempat tinggal sekaligus bekerja di tempat yang sama. Proses regulasi diri yang baik akan membentuk kesejahteraan psikologis bagi individu. Keberhasilan dalam mengatur diri dalam bekerja lepas dapat berdampak terhadap penyelesaian tugas yang tidak hanya sesuai tenggat waktu tetapi juga dapat menghasilkan portofolio yang melebihi standar. Sebaliknya, kegagalan regulasi diri dapat membuat individu kehilangan kendali atas pekerjaannya dan menetapkan tenggat waktu yang tidak realistis. Rasa pencapaian atas terselesaikannya pekerjaan sebagai imbas dari pengaturan diri yang baik dapat menghasilkan evaluasi positif bagi diri seorang pekerja lepas.

Regulasi diri merupakan proses yang bersifat sadar maupun tak sadar dalam mengatur perilaku (Baumeister & Vohs, 2012). Kunci terhadap manajemen

diri dalam bekerja adalah adanya tujuan yang ingin dicapai dan sistem umpan balik untuk mengetahui sejauh mana progres dalam mencapai tujuan tersebut. Selain itu, Baumeister dan Vohs (2007) juga menambahkan motivasi sebagai faktor penting dalam regulasi diri. Motivasi terkait dengan seberapa gigih diri dalam usahanya mencapai tujuan sekaligus sebagai parameter antara apa yang sedang dilakukan untuk mencapai tujuan dan keselarasannya dengan tujuan itu sendiri. Dalam proses mencapai tujuan dan memantau sejauh mana usaha yang telah dilakukan, individu membutuhkan penyesuaian diri agar tidak melenceng dari standar yang sudah ditetapkan. Baumeister (2007) mengistilahkan dua standar yang digunakan sebagai sistem umpan balik, yaitu standar ideal yang berasal dari pribadi dan standar yang seharusnya (*ought standard*) sebagai standar yang diadopsi dari norma sosial. Salah satu model umpan balik yang umum dikaitkan dengan regulasi diri adalah model TOTE yang merupakan akronim dari *Test-Operate-Test-Exit* (Baumeister & Vohs, 2012). Dalam model tersebut, individu bisa menilai sejauh mana dirinya sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan, mengambil tindakan untuk memperkecil jarak antara keadaan saat ini dengan keadaan ideal, melakukan pemantauan sejauh mana tindakan tersebut memberi dampak terhadap diskrepansi yang terjadi, sampai akhirnya mencapai target.

Regulasi diri sangat bergantung pada sumber daya internal yang dimiliki diri yang jumlahnya terbatas (Baumeister & Vohs, 2012). Teori *ego depletion* (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998) menjelaskan bahwa sumber daya internal dapat terkuras untuk mengatur diri dan harus 'diistirahatkan' sejenak untuk mengembalikan fungsinya. Baumeister dan Vohs (2007) menyatakan bahwa *ego depletion* bukan kondisi kekurangan motivasi, melainkan menurunnya sumber daya psikologis untuk mengatur tindakan. Sumber daya yang dimiliki diri hanya satu dan harus dipakai untuk seluruh aktivitas regulasi yang dilakukan, tidak hanya terhadap tindakan yang mengarah pada tujuan tertentu tapi juga kontrol impuls dan regulasi emosi. Mendayagunakan kembali sumber daya internal untuk regulasi dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain berkegiatan yang dapat memunculkan emosi positif, mencari kegiatan yang dapat mengafirmasi nilai-nilai yang dianut, memberikan jeda waktu selama

sepuluh menit antar kegiatan, atau bahkan beristirahat selama tiga menit (Tice, Baumeister, Shmueli, & Muraven, 2007; Schmeichel & Vohs, 2009; Tyler & Burns, 2008).

Regulasi diri sebagai sebuah proses atau aktivitas juga ditekankan oleh Miller dan Brown (dalam Hoyle & Davisson, 2011), yang mengungkapkan bahwa efektivitas proses regulasi diri bergantung pada terpenuhinya komponen-komponen penyusunnya, antara lain mencari informasi yang relevan, menilai dan membandingkan informasi, memutuskan perubahan, mengenali pilihan tingkah laku yang mungkin, merencanakan tingkah laku, mengimplementasikan tingkah laku, dan memantau efektivitas tindakan yang diambil. Literatur yang sama juga mengungkapkan bahwa regulasi diri sebagai proses penting dipahami dalam konteks terapan, seperti untuk penanganan adiksi, program diet, dan pengaturan akademik.

Salah satu bentuk regulasi diri dalam bekerja lepas adalah manajemen kerja dalam *platform.* Secara mandiri, pekerja lepas perlu melakukan kegiatan-kegiatan berikut untuk memperlancar proses kerja maupun kepastian finansial, antara lain mengevaluasi pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan diri, memastikan komunikasi yang intens, mengevaluasi kinerja setelah menyelesaikan *gig* tertentu, dan resolusi konflik (Jarrahi, Sutherland, Nelson, & Sawyer, 2020). Manajemen kerja dalam *platform* juga dilakukan untuk memberikan batas sumber daya pribadi maupun dukungan terhadap pekerjaan sehingga pekerja lepas dapat melakukan kerja ganda dalam satu waktu atau mempertahankan motivasi dan atensi yang mendukung untuk bekerja dalam durasi waktu yang lama.

Fokus Regulasi sebagai Media Pengembangan Diri

Higgins (dalam Carver, 2001) menyatakan bahwa regulasi diri bekerja secara berbeda ketika melayani kebutuhan yang berbeda secara fundamental, seperti kebutuhan pertahanan diri yang bertujuan untuk perkembangan dan keamanan. Berdasarkan fokus ini, regulasi diri dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu promosi yang ditandai dengan pendekatan pada tujuan yang diinginkan

serta pencegahan yang ditandai dengan fokus pada penghindaran tujuan yang tidak diinginkan. Terkait standar yang untuk umpan balik, individu yang menggunakan regulasi diri berfokus promosi akan menggunakan standar ideal yang dia tetapkan dan bergerak menuju standar tersebut sedangkan individu yang menggunakan regulasi diri berfokus pencegahan akan menggunakan standar yang seharusnya (normatif) serta bergerak menjauhi standar tersebut (Baumeister, 2007).

Kegagalan regulasi diri secara umum akan berdampak negatif. Jika dilihat dari fokus pengaturan diri, terdapat perbedaan respon antara kegagalan regulasi diri berfokus promosi dan regulasi diri berfokus pencegahan. Scholer dan Higgins (2011) mengungkapkan bahwa kegagalan regulasi diri yang memiliki fokus promosi akan berdampak pada emosi negatif yang *arousal*-nya rendah seperti kesedihan dan kekecewaan dan berkurangnya kegigihan dalam mencapai tujuan. Sebaliknya, kegagalan dalam pengaturan diri yang berlandaskan pencegahan akan menimbulkan emosi negatif yang *arousal*-nya tinggi seperti gelisah dan kecemasan, peningkatan kewaspadaan terhadap selarasnya tindakan dan tujuan. Terkait dengan kondisi emosi, Idson dan Higgins (2000) menemukan bahwa kondisi yang dialami individu dengan fokus pencegahan lebih parah dibandingkan dengan individu dengan fokus promosi. Meskipun demikian, individu dengan fokus pencegahan akan lebih baik kinerjanya dalam usaha perbaikan kegagalannya dibandingkan dengan individu dengan fokus promosi yang kehilangan semangat. Strategi dan taktik yang digunakan tiap individu dalam menghadapi kegagalan juga berbeda. Individu dengan fokus promosi akan berusaha meningkatkan rasa berharga dirinya, sedangkan individu dengan fokus pencegahan akan berusaha menjaga kadar harga dirinya agar tidak jatuh melebihi ambang batas (Scholer & Higgins, 2011). Roese, Hur, dan Pennington (1999) juga menemukan bahwa individu dengan fokus promosi cenderung memikirkan penyesalan dengan tema 'jika saya melakukan…' sedangkan individu dengan fokus pencegahan akan lebih memikirkan penyesalan atas kegagalan regulasi dengan tema 'jika saya tidak melakukan…'.

Proses regulasi diri yang baik diduga dapat membentuk kesejahteraan psikologis bagi individu. Robertson dan Cooper (2011) menyatakan bahwa

terdapat tekanan yang harus dialami dalam bekerja, yang dapat dibedakan menjadi tekanan yang bersifat menghambat dan tekanan yang berfungsi sebagai tantangan. Keberhasilan dalam regulasi diri berdampak pada individu untuk menciptakan tekanan yang menantang seperti bekerja dengan nilai tambah (tidak hanya sesuai standar), menetapkan target yang bermakna, dan bekerja sesuai tenggat waktu. Sebaliknya, kegagalan regulasi diri dapat membuat individu kehilangan kendali atas pekerjaannya, kurang cermat dalam menetapkan tujuan, dan menetapkan tenggat waktu yang tidak realistis.

Terkait dengan peran sumber daya internal sebagai bahan bakar untuk melakukan regulasi diri, Freund dan Riediger (2001) menyatakan bahwa sumber daya internal tidak hanya bermanfaat sebagai indikator dalam mencapai tujuan namun juga sebagai penanda langkah apa yang selanjutnya akan diambil sekaligus mengetahui seberapa banyak sumber daya dan usaha yang telah dikeluarkan. Penggunaan sumber daya dan pengetahuan yang efisien ke arah pencapaian tujuan amat berkaitan dengan kesejahteraan psikologis, yaitu tidak hanya memberikan perasaan berharga tetapi juga kesempatan untuk berkembang melalui nilai tambah pekerjaan. Fokus promosi diduga memiliki hubungan positif dengan kesejahteraan psikologis, khususnya terkait fungsi untuk tumbuh dan berkembang serta fokus pada pencapaian tujuan. Sebaliknya, fokus prevensi diduga memiliki hubungan yang negatif dengan kesejahteraan psikologis berupa penghindaran rasa cemas dan khawatir yang menyelimuti apabila tujuan tidak tercapai.

Hal lain yang dapat diketahui dari pekerja lepas terkait regulasi diri antara lain ada atau tidaknya mekanisme kontrol internal yang dimiliki. Selain tenggat waktu yang diberikan oleh pemberi kerja, pekerja lepas sebaiknya memiliki sebuah sistem kontrol sebagai media umpan balik agar pekerjaannya diselesaikan dengan baik dan tidak melewati tenggat waktu yang ditetapkan. Hal lain yang dapat dicari tahu lebih dalam adalah apakah keputusan seseorang menjadi pekerja lepas berdampak pada fokus regulasi diri yang dimiliki. Mereka dapat saja memiliki tujuan untuk mengembangkan diri melalui paparan terhadap berbagai klien karena dasar pekerjaannya yang tidak terikat pada satu perusahaan saja. Di sisi lain, pekerja lepas dapat juga menggunakan fokus pencegahan dalam

pengaturan dirinya, terutama dalam aspek finansial, karena pola kerjanya yang berlandaskan ketidakpastian dalam hal rutinitas maupun pemasukan.

Saran Praktis dan Kebijakan

Berdasarkan telaah literatur di atas, terdapat beberapa saran penting untuk pekerja lepas maupun kebijakan terkait pekerjaan. Untuk para pelaku *gig economy*, menyadari aktivitas dan kekuatan diri merupakan modal utama untuk dapat produktif di tengah ketidakpastian dalam mendapatkan pekerjaan maupun imbal balik**.** Mengelola aktivitas selama *gig* antara lain dapat dilakukan dengan menetapkan target yang optimal dan memantau pekerjaan, berfokus pada penyelesaian target.

Di tataran kebijakan, pemangku kepentingan dapat mendefinisikan ulang kerja yang saat ini tidak hanya dilakoni oleh pekerja kantoran tetapi juga pekerja lepas yang mengandalkan keterampilan (*skilled worker*) maupun pengetahuan (*knowledge worker*). Hal ini selaras dengan telaah Stewart dan Stanford (2017) mengenai perlindungan pekerja lepas yang perlu mengakomodasi 'pekerja' secara inklusif di luar karyawan yang terikat kontrak secara ekslusif dengan organisasi tertentu. Menciptakan kebijakan terhadap pekerja lepas, dengan mendefinisikan ulang pekerja lepas dari definisi setengah penganggur maupun menjadikan pekerja lepas sebagai mitra yang bersifat inklusif berpotensi untuk memberdayakan mereka. Kebijakan yang menekankan regulasi diri dalam aktivitas juga perlu dipersiapkan untuk menjaga kesehatan jiwa pekerja lepas.

Daftar Acuan

Ashford, S.J., Caza, B.B., & Reid, E.M. (2018). From surviving to thriving in the gig economy: A research agenda for individuals in the new world of work. *Research in Organizational Behavior, 38*, 23-41, doi: 10.1016/j.riob.2018.11.001

Badan Pembinaan Hukum Nasional. (2004). *Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi nomor 100 tahun 2014 tentang perjanjian kerja waktu tertentu.* Diambil dari situs Badan Pembinaan Hukum Nasional: http://www.bphn.go.id/data/documents/04km100.doc

Barley, S.R., & Kunda, G. (2004). *Gurus, hired guns, and warm bodies: Itinerant experts in a knowledge economy*. Princeton University Press.

Baumeister, R. F. (2007). Self-regulation. Dalam R.F. Baumeister, & K.D. Vohs (Eds.), *Encyclopedia of social psychology* (h. 841-845). Sage Publications.

Baumeister, R.F., & Vohs, K.D. (2012). Self-regulation and the executive function of the self. Dalam M.R. Leary, & J.P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity (Second edition)* (h. 180-197). The Guilford Press.

Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource?.*Journal of Personality and Social Psychology, 74* (5), 1252-1265

Blustein, D. L. (2008). The role of work in psychological health and well-being: A conceptual, historical, and public policy perspective. *American Psychologist*, *63*(4), 228–240, doi: 10.1037/0003-066X.63.4.228.

Carver, C. S. (2001). Self-regulation. Dalam A. Tesser, & N. Schwarz (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Intraindividual processes.* (h. 307-328). Blackwell Publishers.

Deloitte. (2016). *The 2016 Deloitte millennial survey: Winning over the next generation of leaders*. Deloitte Touche Tohmatsu Limited.

Deloitte. (2006). *Evolving workforce survey*. Diambil dari: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/about-deloitte/us-dlife-evolving-workforce-survey.pdf

Doucette, M. H., & Bradford, W. D. (2019). Dual job holding and the gig

economy: Allocation of effort across primary and gig jobs. *Southern Economic Journal, 85*(4), 1217-1242, doi: 10.1002/soej.12338

Duggan, J., Sherman, U., Carbery, R., & McDonnell, A. (2020). Algorithmic management and app-work in the gig economy: A research agenda for employment relations and HRM. *Human Resource Management Journal*, *30*(1), 114-132, doi: 10.1111/1748-8583.12258

Flourish. (2020). *The digital hustle: Gig worker financial lives under pressure.* https://flourishventures.com/flourishventures-gigworkerstudy-indonesia-final-2020-09-10/

Freund, A. M., & Riediger, M. (2001). What I have and what I do: The role of resource loss and gain throughout life. *Applied Psychology: An International Review, 50*, 370-380

Gasparro, R., Scandurra, C., Maldonato, N. M., Dolce, P., Bochicchio, V., Valletta, A., & Marenzi, G. (2020). Perceived job insecurity and depressive symptoms among Italian dentists: The moderating role of fear of covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15), 5338.

Gleim, M. R., Johnson, C. M., & Lawson, S. J. (2019). Sharers and sellers: A multi-group examination of gig economy workers' perceptions. *Journal of Business Research, 98,* 142–152, doi: 10.1016/j.jbusres.2019.01.041

Graham, M., Hjorth, I., & Lehdonvirta, V. (2017). Digital labour and development: Impacts of global digital labour platforms and the gig economy on worker livelihoods. *Transfer, 23*(2), 135-162, doi: 10.1177/1024258916687250

Gross, S-A., Musgrave, G., & Janciute, L. (2018). *Well-being and mental health in the gig economy: Policy perspectives on precarity*. University of Westminster Press.

Harrison, R. (2006). From landlines to cell phones: Negotiating identity positions in new career contexts. *Journal of Employment Counseling*; *43*(1), 18-30

Healy, J., Nicholson, D., & Pekarek, A. (2017). Should we take the gig economy seriously? *Labour & Industry: A Journal of the Social and Economic Relations of Work, 27*(3), 232-248, doi: 10.1080/10301763.2017.1377048

Higgins, E. T., Friedman, R. S., Harlow, R. E., Idson, L. C., Ayduk, O. N., & Taylor, A. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: Promotion pride versus prevention pride. *European Journal of Social Psychology*, *31*(1), 3-23

Hoyle, R. H., & Davisson, E. K. (2011). Assessment of self-regulation and related constructs: Prospects and challenges. *National Research Council Board on Testing and Assessment Workshop on Assessment of 21st Century Skills* (h. 1-55). National Research Council Board on Testing and Assessment.

Idson, L. C., & Higgins, E. T. (2000). How current feedback and chronic effectiveness influence motivation: Everything to gain versus everything to lose. *European Journal of Social Psychology*, *30*(4), 583-592.

Idowu, A., & Elbanna, A. (2020). Digital platforms of work and the crafting of career path: The crowdworkers' perspective. *Information Systems Frontiers*, 1-17, doi: 10.1007/s10796-020-10036-1

International Labour Organization (2016, July). *ASEAN in transformation.* Diunduh dari International Labour Organization Official Website: http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actemp/downloads/publications/2016/asean_in_transf_2016_r3_persp.pdf

It's the same, only different (2019, January 9). Diunduh dari http://www.siop.org/article_view.aspx?article=1894

Jarrahi, M. H., Sutherland, W., Nelson, S. B., & Sawyer, S. (2020). Platformic management, boundary resources for gig work, and worker autonomy. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, *29*(1), 153-189, doi: 10.1007/s10606-019-09368-7

Kendall, L. (2013). *Brilliant freelancer*. Pearson Education.

Kost, D., Fieseler, C., & Wong, S. I. (2020). Boundaryless careers in the gig economy: An oxymoron? *Human Resource Management Journal*, *30*(1), 100-113, doi: 10.1111/1748-8583.12265

Mazmanian, M., Orlikowski, W. J., & Yates, J. (2013). The autonomy paradox: The implications of mobile email devices for knowledge professionals. *Organization Science, 24*: 1337–1357.

Meodia, A. (2015, February 5). *Kaum muda Indonesia makin pilih kerja freelance*. Diunduh dari AntaraNews.com: http://www.antaranews.com/berita/478256/kaum-muda-indonesia-makin-pilih-kerja-freelance

Mousteri, V., Daly, M., & Delaney, L. (2020). Underemployment and psychological distress: Propensity score and fixed effects estimates from two large UK samples. *Social Science & Medicine*, *244*, 1-10, doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112641

Nastiti, A. (2018, March 28). *Saat Gojek dan Grab berubah jadi ajang eksploitasi pengemudi*. Diunduh hdari PikiranRakyat. https://www.pikiran-rakyat.com/nasional/2018/03/28/saat-gojek-dan-grab-berubah-jadi-ajang-eksploitasi-pengemudi-422033

Pandamsari, A.P., & Alvionita, L. (2020, 16 Oktober). *Angka pengangguran berpotensi double digit di akhir 2020.* https://lokadata.id/artikel/angka-pengangguran-berpotensi-double-digit-di-akhir-2020

Petriglieri, G., Ashford, S. J., & Wrzesniewski, A. (2019). Agony and ecstasy in the gig economy: Cultivating holding environments for precarious and personalized work identities. *Administrative Science Quarterly, 64*(1), 124–170, doi: 10.1177/0001839218759646

Rani, U., & Furrer, M. (2020). Digital labour platforms and new forms of flexible work in developing countries: Algorithmic management of work and workers. *Competition & Change*, 1–24, doi: 10.1177/1024529420905187

Roese, N. J., Hur, T., & Pennington, G. L. (1999). Counterfactual thinking and regulatory focus: Implications for action versus inaction and sufficiency versus necessity. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(6), 1109-1120, doi 10.1037_0022-3514.77.6.1109

Rönnblad, T., Grönholm, E., Jonsson, J., Koranyi, I., Orellana, C., Kreshpaj, B., Chen, L., Stockfelt, L., & Bodin, T. (2019). Precarious employment and mental health: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health, 45*(5), 429–443, doi:10.5271/sjweh.3797

Sanicki, A. (2019). *Thriving in gig economy: Freelancing online for tech professionals*

and entrepreneurs. Springer Science+Business Media

Schmeichel, B. J., & Vohs, K. (2009). Self-affirmation and self-control: Affirming core values counteracts ego depletion. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*(4), 770-782, doi: 10.1037_a0014635

Scholer, A. A., & Higgins, T. E. (2011). Promotion and prevention systems: Regulatory focus dynamics within self-regulatory hierarchies. Dalam K.D. Vohs & R.F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications (Second edition)* (h. 143-161). The Guilford Press.

Sessions, H., Nahrgang, J. D., Vaulont, M., Williams, R., & Bartels, A. L. (2020). Do the hustle! Empowerment from side-hustles and its effects on full-time work performance. *Academy of Management Journal*, 1-62

Shevchuk, A., Strebkov, D., & Davis, S. N. (2019). The autonomy paradox: How night work undermines subjective well-being of internet-based freelancers. *ILR Review, 72*(1), 75–100, doi: 10.1177/0019793918767114.

Shibata, S. (2019): Gig work and the discourse of autonomy: Fictitious freedom in Japan's digital economy. *New Political Economy*, 1-17, doi: 10.1080/13563467.2019.1613351

Spreitzer, G. M., Cameron, L., & Garrett, L. (2017). Alternative work arrangements: Two images of the new world of work. *The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 4*, 473–499, doi: 10.1146/annurev-orgpsych032516-113332

Stanford, J. (2017). The resurgence of gig work: Historical and theoretical perspectives. *The Economic and Labour Relations Review, 28*(3): 382–401. doi:10.1177/1035304617724303

Stewart, A., & Stanford, J. (2017). Regulating work in the gig economy: What are the options? *The Economic and Labour Relations Review*, 1-18, doi: 10.1177/1035304617722461

Thompson, B. Y. (2018). Digital nomads: Employment in the online gig economy. *Glocalism: Journal of Culture, Politics, and Innovation, 1*, 1-26, doi: 10.12893/gjcpi.2018.1.11

Tice, D. M., Baumeister, R. F., Shmueli, D., & Muraven, M. (2007). Restoring

the self: Positive affect helps improve self-regulation following ego depletion. *Journal of Experimental Social Psychology, 43*(3), 379-384, doi: 10.1016_j.jesp.2006.05.007

Tyler, J. M., & Burns, K. C. (2008). After depletion: The replenishment of the self's regulatory resources. *Self and Identity, 7*(3), 305-321, doi: 10.1080_15298860701799997

Wald, J. (2014, November 24). *5 predictions for the freelance economy in 2015*. Forbes. Diunduh dari: https://www.forbes.com/sites/waldleventhal/2014/11/24/5-predictions-for-the-freelance-economy-in-2015/#599ce7d770a4

Wood, A. J., Graham, M., Lehdonvirta, V., & Hjorth, I. (2019). Good gig, bad gig: Autonomy and algorithmic control in the global gig economy. *Work, Employment and Society, 33*(1), 56 –75, doi: 10.1177/0950017018785616

Iqbal Maesa Febriawan. *Gig work: Self-regulation as a Key in the Midst of Pandemic.* *Gig working is considered as an alternative solution for current unemployment. Despite its benefits, the challenge of this working mode also exists particularly on mental health aspect. This article discussed the practical implications, gain, and pain of precarious work. Self-regulation was proposed as the main psychological mechanism to alleviate the discomfort in gig work mechanism. Self-regulation was detailed for its process and focus. It was argued that when a gig worker regulates him/herself well, s/he can manage the work well. When self-regulation is motivated by promotion focus, it can help gig worker to adjust well in various work situation. Otherwise, gig worker may find hassles at managing work when prevention motive mainly become focus at work.*

Bab 28. Prinsip dan Aplikasi Menurunkan Stres Kerja dan Menunjang *Well-being* Karyawan yang Bekerja dari Rumah

Nuri Sadida, Aziza Bastian,
Qorriyah Rahmi Khairunnisa, Tasqia Angelina

Pendahuluan

Seketika saja jutaan pekerja di Indonesia harus bekerja dari rumah saat pertama kali pemerintah mengumumkan adanya wabah Covid-19 di Indonesia di bulan Maret 2020 (Setiawan, 2020). Bekerja dari rumah (*work from home/ WFH)* disebut sebagai konsep bekerja yang memfokuskan para karyawan tidak harus pergi ke pusat atau satu tempat kerja (Shareena & Shahid, 2020). Baik perusahaan maupun karyawan belum benar-benar siap dengan perubahan yang begitu tiba-tiba. Bagi sebagian karyawan, ide bekerja dari rumah awalnya seperti menawarkan kesempatan rehat yang jarang mereka miliki (Tashandra, 2020). Rehat dari ritme pekerjaan rutin yang menuntut mereka berangkat pagi-pagi sekali, rehat dari melaju sekian puluh kilometer menggunakan transportasi umum, atau rehat dari menjalankan beban bertumpuk di tempat kerja. Kesempatan bekerja dari rumah juga memberikan angin segar, khususnya bagi karyawan yang juga orang tua bagi anak-anak usia belia karena pada akhirnya tersedia kesempatan untuk membersamai serta mendampingi tumbuh kembang dan proses belajar ananda di rumah.

Hal tersebut sesuai dengan ulasan (Hadi, 2020) yang menyebutkan bahwa terdapat beberapa keuntungan dengan bekerja dari rumah. Keuntungannya di antaranya adalah karyawan menjadi lebih fleksibel dalam menyelesaikan pekerjaan. Karyawan tidak perlu mengikuti jam masuk kantor, tidak perlu mengeluarkan uang untuk membayar ongkos transportasi atau biaya bensin, meminimalisir tingkat stres akan kemacetan lalu lintas dari rumah menuju kantor, dan memiliki lebih banyak waktu luang. Namun di sisi lain,

tidak banyak karyawan yang memahami bahwa juga ada konsekuensi negatif terhadap mental karyawan yang bekerja dari rumah. Misalnya, karyawan dapat kehilangan motivasi kerja dan timbulnya biaya rumah tangga yang tinggi seperti biaya listrik dan internet (Purwanto, 2020).

Konsekuensi positif dan negatif dari bekerja dari rumah berdasarkan tinjauan literatur tersebut sejalan dengan hasil wawancara yang dilakukan oleh mahasiswa magang Fakultas Psikologi Universitas YARSI pada bulan Agustus 2020. Wawancara dilakukan pada para pekerja yang bekerja dari rumah seperti guru, akuntan, teknisi, operator pada sebuah instansi pendidikan dan perusahaan di bidang industri, kesehatan, telekomunikasi, manufaktur, dan lain sebagainya. Hasil wawancara menuturkan bahwa mereka mengalami beberapa gejala stres saat WFH. Gejala-gejala tersebut diantaranya mudah mengalami kelelahan fisik, mengalami demotivasi atau kurangnya motivasi kerja, serta terganggunya atau menurunnya konsentrasi kerja.

Kelelahan fisik dapat dirasakan karena karyawan terus menerus duduk menatap layar laptop ataupun telepon genggam terlalu lama, baik untuk pertemuan daring atau mengerjakan tugas-tugas harian yang membutuhkan laptop. Kelelahan akibat menggunakan media daring secara terus-menerus di kemudian hari disebut dengan *zoom fatigue*, yaitu sifat kelelahan yang muncul saat banyak melakukan konferensi video ("Waspada Fenomena 'Zoom Fatigue' Saat WFH, Apa Itu?," 2020). Menurut penjelasan (Fosslien & Duffy, 2020), alasan mengapa menggunakan aplikasi konferensi video secara terus menerus dapat menyebabkan kelelahan adalah karena saat seseorang melakukan pertemuan daring dengan konferensi video, seseorang cenderung hanya mengarahkan fokus dan memperhatikan kamera, memperhatikan wajah lawan bicara. Apabila dibandingkan dengan pertemuan di dunia nyata, seseorang tidak harus memperhatikan wajah lawan bicara terus menerus atau secara intensif. Keharusan melihat ke satu fokus secara konstan membuat syaraf perifer menjadi terasa tidak nyaman dan lelah.

Kelelahan fisik lain yang dirasakan oleh karyawan yang bekerja dari rumah dapat disebabkan oleh lamanya karyawan duduk di satu tempat selama berjam-jam, seperti di dalam ruang kamar. Aktivitas fisik saat bekerja dari

rumah juga menjadi jauh lebih sedikit dibandingkan ketika bekerja di kantor. Pergerakan fisik yang dilakukan di kantor dapat berupa berjalan kaki menuju tempat rekan kerja yang lain, naik atau turun tangga, berjalan kaki menuju tempat makan siang atau kendaraan, dan lain sebagainya. Saat bekerja dari rumah, aktivitas- aktivitas tersebut menjadi jauh berkurang. Kurangnya pergerakan fisik akibat duduk terlalu lama di depan komputer dan tidak melakukan peregangan dapat menyebabkan di antaranya aliran darah tidak lancar yang di kemudian hari berpotensi menyebabkan penyakit berat, seperti Stroke (P2PTM, 2018). Aktivitas fisik yang kurang karena duduk bekerja dalam waktu yang lama juga dapat berpotensi menyebabkan kelelahan otot dan penurunan fungsi kognitif, termasuk membuat seseorang berpotensi melakukan kesalahan dalam proses berpikir kreatif (Baker et al., 2018).

Gejala stres yang terjadi saat bekerja dari rumah yang lain adalah mengalami demotivasi atau kurangnya motivasi kerja. Hal ini dirasakan karyawan sebagai akibat dari adanya *stressor* berupa peran ganda sebagai karyawan sekaligus orang tua. Menurut hasil wawancara narasumber mahasiswa magang Fakultas Psikologi Universitas YARSI, ketika bekerja dari rumah, karyawan yang juga orang tua perlu melakukan pembimbingan kepada anak mereka yang belajar dari rumah. Selain itu, dengan bekerja dari rumah, karyawan merasakan bahwa batas antara pekerjaan dan hal personal menjadi tidak jelas dan tumpang tindih. Hal ini yang membuat karyawan merasa bahwa bekerja dari rumah menjadi tidak efektif, dan akhirnya mempengaruhi produktivitas kerja mereka.

Terganggunya konsentrasi yang dirasakan karyawan juga disebabkan kondisi rumah yang tidak steril dari ramainya suara anak-anak. Selain itu, fasilitas kerja seperti telepon genggam atau laptop harus digunakan bergantian dengan anak yang sekolah dari rumah. Karyawan juga kerap merasakan pertemuan daring menjadi tidak efektif karena seringnya terjadi gangguan pada koneksi internet. Selain itu, sejumlah perusahaan tidak menyesuaikan kompensasi untuk mengganti biaya rumah tangga karyawan yang menjadi lebih tinggi karena bekerja dari rumah, seperti biaya pulsa, listrik, atau berlangganan *WiFi*, dan lebih membebankan biaya tersebut pada karyawan (Novia, 2020). Beberapa karyawan merasakan kesulitan menentukan prioritas antara menyelesaikan pekerjaan

rumah tangga atau kantor.

Selain beberapa gejala stres yang sudah dijelaskan di atas, secara umum banyak anggota masyarakat, baik karyawan maupun bukan, merasakan gejala stres seperti cemas dan mudah marah. Hal ini sebagai akibat paparan informasi-informasi negatif media. Menurut (Garfin et al., 2020), paparan media yang membuat berita negatif dan mengancam secara terus-menerus, seperti berita tentang jumlah kasus penderita Covid-19 di Indonesia, dapat meningkatkan persepsi adanya ancaman yang tinggi dan mengaktifkan respon "*fight or flight*" yang dapat berakibat pada munculnya gangguan kesehatan fisik dan mental.

Dapat disimpulkan dari paparan di atas bahwa awalnya karyawan merasakan mode bekerja dari rumah seperti anugerah karena karyawan dapat terhindar dari pencetus stres seperti menghadapi kemacetan, mengeluarkan biaya operasional yang tidak sedikit, menghadapi lingkungan fisik atau sosial yang kurang menyenangkan (seperti cuaca panas, atasan yang pemarah), dan sebagainya. Namun di kemudian hari, beberapa karakteristik bekerja dari rumah seperti hilangnya fasilitas kerja, menjalani peran ganda, dan lingkungan kerja yang tidak kondusif, dianggap menjadi *stressor* baru dan mengganggu *well-being* sehingga pada akhirnya mempengaruhi produktivitas kerja.

Tinjauan Stres Kerja *WFH* dari Teori *Job Demands and Resources* (JD-R)

Menurut teori job *demands and resource* (JDR) dari (Schaufeli & Taris, 2014), kesehatan mental dan kesejahteraan karyawan merupakan luaran dari keseimbangan antara karakteristik positif dan negatif pekerjaan, di mana karakteristik positif disebut dengan sumber daya (*resource*) dan karakteristik negatif adalah tuntutan jabatan (*demand*). Dengan kata lain, stres kerja timbul dari ketidakseimbangan antara tuntutan pekerjaan (*demand*) dan sumber daya yang mendukung penyelesaian pekerjaan (*resource*) yang dimiliki oleh karyawan di mana *demand* lebih tinggi daripada *resource* yang dimiliki karyawan. Tuntutan pekerjaan dapat terdiri dari tuntutan fisik, psikologis, dan sosial yang bersumber dari organisasi atau lingkungan pekerjaan. Tuntutan fisik diantaranya polusi di tempat kerja, potensi kecelakaan yang tinggi dan sebagainya (Velasco Garrido

et al., 2018). Tuntutan emosional dapat berupa kritik dari atasan, keluhan pelanggan yang intensif, dan sebagainya; sedangkan tuntutan sosial di antaranya berupa konflik dan ketidakjelasan peran, dan sebagainya.

Senada dengan pengertian tentang *job demands,* pengertian *resource* juga dapat berupa segala aspek fisik, psikologis, dan sosial yang berguna untuk karyawan mencapai tujuan pekerjaan, mengurangi efek tuntutan kerja, dan menstimulasi perkembangan diri (Demerouti et al., 2001). *Resource* dapat berupa dukungan atasan, rekan kerja yang kooperatif, fasilitas kerja yang memadai, dan sebagainya.

Berdasarkan paparan tentang fenomena stres kerja yang dirasakan oleh karyawan bekerja dari rumah diketahui bahwa tuntutan pekerjaan yang dirasakan karyawan adalah karena persepsi akan tuntutan pekerjaan yang melebihi sumber daya yang dimiliki. Tuntutan pekerjaan terdiri dari konflik peran dan fasilitas kerja yang tidak memadai, seperti tidak stabilnya jaringan internet dan pemakaian alat teknologi yang bergantian dengan anggota keluarga, batasan waktu yang tidak jelas antara waktu kerja dan waktu personal, serta kebisingan di area rumah (seperti ramai suara anak-anak atau lingkungan rumah). Sumber daya yang hilang ketika bekerja dari rumah, di antaranya adalah fasilitas kerja yang tidak selengkap fasilitas di tempat kerja, kesempatan berkomunikasi secara langsung dengan atasan maupun rekan kerja, serta tidak adanya kompensasi perusahaan untuk mengganti biaya operasional yang meningkat. Menurut (Barnes, 2020), ketika karyawan tidak lagi memiliki kesempatan yang leluasa untuk berkomunikasi atau bertatap muka dengan teman dan rekan kerjanya maka hal tersebut menimbulkan perasaan terisolir dari dunia luar.

Dengan demikian, hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi stres pekerjaan dan terganggunya *well-being* karyawan ketika bekerja dari rumah adalah dengan meningkatkan sumber daya yang dimiliki karyawan. Cara meningkatkan sumber daya karyawan dapat dilakukan secara individual (oleh karyawan sendiri) maupun dilakukan oleh manajemen perusahaan. Pendapat ini sesuai dengan (Bakker & Demerouti, 2014) yang menjelaskan bahwa peningkatan sumber daya dapat membantu karyawan menjadi lebih fleksibel dalam menangani sumber stres kerja mereka.

Hal yang dapat Individu Lakukan untuk Mengatasi Stres Kerja dari Rumah

1. Membangun Sistem Manajemen Kerja dan Personal

Salah satu hal yang dapat membantu karyawan beradaptasi dengan lebih baik saat bekerja dari rumah adalah dengan menciptakan sistem manajemen antara kehidupan pekerjaan dan personal (Andrade et al., 2019). Langkah yang dapat dilakukan di antaranya dengan menyepakati bersama anggota keluarga, seperti pasangan atau anak-anak, kapan waktu untuk bekerja atau belajar, dan kapan waktu untuk istirahat. Selain itu, hal yang juga dapat dilakukan adalah dengan berbagi peran dengan pasangan, misalnya dengan mengatur kapan pasangan dan karyawan mengatur urusan rumah tangga dan kapan bekerja. Penting juga untuk merencanakan berbagai aktivitas yang dapat mengisi kebosanan atau merencanakan waktu- waktu khusus untuk sekedar bercengkrama bersama keluarga.

Menurut (Jones et al., 2015) pengaturan semacam itu dapat meminimalisir konflik peran, mengoptimalkan pekerjaan, dan menurunkan tingkat stres. Hal yang juga penting adalah mematuhi jadwal atau pembagian yang sudah ditetapkan. Apabila karyawan tidak mematuhi jadwal tersebut, misalnya bekerja hingga larut malam maka hal tersebut dapat menyebabkan stres baru bagi karyawan (Albertsen et al., 2008). Manajemen waktu yang jelas juga dapat mengatasi stres pada seseorang ketika bekerja dari rumah (Lane et al., 2020; Schrager & Sadowski, 2016)

Manajemen waktu yang dapat dilakukan di antaranya adalah menetapkan jadwal sebelum mulai bekerja dan memprioritaskan tugas yang lebih menantang terlebih dahulu untuk dikerjakan. Di akhir hari kerja, karyawan memberikan tanda centang pada pekerjaan yang sudah selesai dilakukan hari itu. Kegiatan memberikan centang ini serupa dengan pencatatan aktivitas kerja yang dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis dan produktivitas (Kersemaekers et al., 2018). Manajemen waktu juga dapat menunjang kesehatan, misalnya kesehatan mata yang terlalu lama menatap layar monitor, yaitu dengan menerapkan aturan 20/20/20, yaitu 20 menit menjauhi komputer, memandang ke objek lain yang berjarak 20 inci, selama 20 detik (Barnes, 2020). Selain itu, karyawan dapat

menetapkan aturan untuk beristirahat setelah beberapa jam dan memanfaatkan waktu istirahat untuk melakukan peregangan ringan dan berjalan kaki atau berdiri selama 15 menit.

2. Rutin Menjaga Kebugaran dan Mempraktikkan Mindfulness

Hal yang penting dilakukan oleh karyawan di rumah adalah menjaga kesehatan agar tetap produktif (Gethealthyutah, 2020). Kesehatan dalam hal ini tidak hanya terkait kesehatan fisik, namun juga kesehatan mental. Beberapa aktivitas fisik yang dapat dilakukan untuk menjaga kesehatan diantaranya adalah dengan melakukan olahraga rutin, mengonsumsi makanan bergizi dan meminum vitamin secara rutin (Bhui et al., 2016). Sedangkan kesehatan mental dapat dijaga dengan menerapkan prinsip *mindfulness*.

Kesegaran fisik dapat ditingkatkan juga dengan aktivitas ringan seperti peregangan ringan. Latihan peregangan ringan dapat dilakukan, misalnya dengan melatih kontrol motorik (*Motor Control Exercise*) dengan cara membuat otot-otot berkontraksi selama beberapa detik, diulang-ulang hingga setidaknya 10 kali. Setiap pengulangan gerakan kontraksi otot, seseorang juga sekaligus mempertahankan kendali nafas dan posisi tulang belakang (Macedo et al., 2012). Melatih kontraksi otot dapat dilakukan dengan melenturkan syaraf leher ke depan maupun belakang, lalu diputar ke arah kanan dan kiri dengan cara menolehkan secara perlahan. Kemudian bagian bahu diputar ke depan dan belakang secara bergantian, dilanjutkan dengan memutar pergelangan tangan dan kaki secara bergantian baik satu arah maupun lawan arah.

Hasil wawancara pada karyawan yang bekerja dari rumah menunjukkan bahwa mereka mengalami gangguan untuk fokus atau konsentrasi. Untuk mengatasi hal tersebut, karyawan dapat mempertimbangkan melatih diri untuk *mindful*. Dengan kondisi mental yang lebih *mindful*, seseorang mampu melakukan pekerjaan secara sadar dengan hasil pekerjaan yang lebih maksimal. *Mindfulness* adalah kondisi kesadaran yang ditandai dengan perhatian reseptif dan sadar akan peristiwa dan pengalaman saat ini, tanpa evaluasi, penilaian, dan filter kognitif (Glomb et al., 2011). Menerapkan latihan *mindfulness* juga dapat meningkatkan performa kerja karyawan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian

(Dane & Brummel, 2014) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan positif antara *mindfulness* dengan *work performance.*

Menurut literatur, terdapat beberapa program *Mindfulness* yang dapat dicoba dilakukan di rumah. Sebagai contoh, latihan *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) yang dikembangkan oleh (Kabat-Zinn, 2003). Intervensi ini awalnya bertujuan untuk mengurangi penderitaan dan dikembangkan untuk pasien dengan penyakit kronis. Teknik yang digunakan dalam intervensi ini, yaitu 45 menit latihan kegiatan harian di rumah seperti *body scan* (memperhatikan apa yang tubuh rasakan), *sitting meditation* (memperhatikan pernafasan, suara, pikiran, sensasi pada tubuh, perasaan/emosi), melakukan meditasi atau yoga (memperhatikan apa yang tubuh rasakan; menjelajahi dan menerima batasan), latihan meditasi informal (memberi perhatian penuh pada aktivitas sehari-hari, seperti menyikat gigi, makan, mandi, dan lainnya) (Janssen et al., 2018)

Apabila meditasi *mindfulness* dilakukan secara rutin selama 10 hari, maka hal tersebut dapat meningkatkan kemampuan atensi dapat lebih terjaga (*sustained attention*) (Chambers et al., 2008); serta berdampak dalam mengurangi stress, gangguan kecemasan, hingga depresi (Segal et al., 2012). Praktik meditasi *mindfulness* juga meningkatkan kesadaran individu menjadi lebih baik, lebih memberikan perhatian terhadap hal yang terjadi pada tubuh, perlahan mengurangi respon otomatis dalam menghadapi sesuatu, dan melatih memberikan jeda waktu sebelum memberikan respon otomatis (Astuti & Setiyawati, 2017).

3. Menerapkan Prinsip Ergonomi di Rumah

Saat bekerja dari rumah, situasi di rumah seringkali kurang memadai untuk bekerja. Dengan demikian, karyawan dapat mempertimbangkan untuk menerapkan prinsip-prinsip ergonomi untuk menciptakan situasi pekerjaan yang meningkatkan kesehatan fisik dan kesejahteraan psikologis karyawan (Barnes, 2020). Beberapa prinsip ergonomi yang dapat diterapkan di antaranya menerapkan desain *biophilic*, yaitu memastikan pencahayaan yang memadai di kamar kerja, dan mengondisikan fasilitas kerja di rumah (seperti meja, kursi, laptop) agar mendukung postur kerja yang baik.

Desain *biophilic* adalah konsep desain yang memfasilitasi kebutuhan manusia untuk merasa terhubung dengan alam (Downton et al., 2017). Dengan menerapkan desain ini, seseorang dapat memperoleh kesegaran, meningkatkan produktivitas, dan meningkatkan kewaspadaan saat bekerja. Beberapa langkah sederhana untuk menerapkan desain *biophilic* ini, di antaranya dengan rajin membuka jendela ruangan pada pagi hari untuk pertukaran udara dari luar dengan di dalam ruangan. Hal ini juga dapat menjamin udara di dalam ruangan menjadi lebih segar. Langkah berikutnya dalam menerapkan desain *biophilic* adalah menciptakan aroma alam di ruangan kerja dengan lilin atau minyak aromaterapi atau menambahkan beberapa tanaman hidup di dalam ruangan kerja (Hill, 2019).

Penerapan prinsip ergonomi selanjutnya adalah dengan menyediakan pencahayaan yang memadai di dalam ruangan. Pencahayaan yang memadai berguna untuk menghindarkan karyawan dari kelelahan mata akibat menatap monitor terlalu lama sekaligus membantu meningkatkan efisiensi kerja dan kesejahteraan psikologis karyawan (Katabaro & Yan, 2019). Ketersediaan pencahayaan yang memadai adalah salah satu faktor yang sangat penting dalam menjamin kesehatan dan keselamatan kerja karyawan (Edusafe, 2019).

Setelah pencahayaan, karyawan perlu memastikan agar posturnya saat bekerja terjaga. Postur yang terjaga dapat meningkatkan kesehatan, mengurangi nyeri, menjaga energi kerja, termasuk mengurangi potensi depresi (Harvey et al., 2020). Beberapa hal yang perlu diperhatikan, misalnya dalam pemilihan kursi kerja, di mana sebaiknya kursi kerja memiliki sandaran punggung yang nyaman dan sandaran lengan. Pastikan kursi juga dapat dikendalikan tingginya supaya karyawan dapat mengatur posisi duduk dengan paha yang sejajar/paralel dengan lantai. Selain pengaturan kursi, pastikan juga berbagai alat kerja yang dibutuhkan terletak dalam jangkauan tangan, seperti telepon, *printer*, lampu meja, alat tulis, dan lain-lain. Apabila pekerjaan sehari-hari membutuhkan akses ke telepon yang intensif maka karyawan perlu mempertimbangkan juga untuk memiliki *headset*. Pastikan juga agar ketika mengetik, pergelangan tangan dalam posisi lurus, bahu lurus, dan lengan dekat dengan badan serta sejajar dengan posisi paha. Kemudian juga pastikan agar tinggi layar monitor sejajar dengan jarak pandang mata.

Gambaran postur yang direkomendasikan dapat dilhat pada gambar 1.



Gambar 1. Posisi Duduk yang Tepat Saat Bekerja (Barnes, 2020)

4. Menyeleksi Asupan Informasi

Salah satu sumber stres saat pandemi adalah terpapar informasi negatif dari media secara konstan dan terus-menerus. Salah satu hal yang dapat dilakukan oleh individu yang bekerja dari rumah di antaranya adalah dengan menerapkan regulasi emosi tipe *cognitive reappraisal* (Cutuli, 2014), yaitu strategi mengubah cara berpikir tentang hal-hal atau peristiwa yang dapat memunculkan emosi. Sebagai contoh praktik dari aktivitas *cognitive reappraisal* ini adalah dengan terfokus pada informasi positif seperti angka kesembuhan penderita Covid-19 dibandingkan fokus pada angka penderitanya yang terus bertambah. Selain itu, seseorang dapat mengendalikan durasi mengakses informasi di media elektronik atau di media sosial. Beberapa hasil riset menjelaskan bahwa tingginya durasi

mengakses media sosial dapat menyebabkan seseorang menjadi lebih mudah stres, terganggu kesehatan mentalnya, hingga lebih mudah melakukan perilaku agresif (Bashir & Bhat, 2018). Rekomendasi yang disarankan oleh para ahli dalam mengakses media sosial adalah maksimal 3 jam per hari (Basu, 2019)

Hal yang dapat Organisasi lakukan untuk Mengoptimalkan Kinerja Karyawan

Selain rekomendasi yang dapat dijalankan oleh karyawan saat WFH untuk mengurangi stres kerja, terdapat beberapa rekomendasi dari *International Labour Organization* (ILO) yang dapat dijalankan oleh perusahaan agar kinerja karyawan WFH dapat lebih optimal (ILO, 2020)

1. **Membangun Sistem Pemantauan dan Pengendalian Kesehatan Fisik dan Mental Karyawan**

Perusahaan memiliki kewajiban untuk memastikan kondisi kesehatan fisik dan mental karyawan tetap sehat ketika bekerja, termasuk ketika bekerja di rumah. Turunan dari kewajiban ini dapat berupa membuat sistem pemantauan dan pengendalian resiko yang mengancam kesehatan dan keselamatan karyawan ketika bekerja di rumah. Hal yang dapat perusahaan lakukan, misalnya membuat pusat bantuan (*call center*) yang khusus menangani isu-isu terkait kesehatan dan keselamatan kerja karyawan. Manajemen perusahaan juga dapat menyediakan layanan konseling kerja yang dapat dilakukan secara daring dan dapat diakses secara gratis oleh karyawan.

2. **Membangun Iklim Komunikasi yang Saling Percaya dan Berempati**

Kegiatan berkomunikasi dan berkoordinasi menjadi aktivitas yang sangat sering dilakukan dalam masa WFH. Kegiatan komunikasi yang empatik dan saling percaya antara atasan dan bawahan menjadi penting untuk dibangun karena tingginya potensi karyawan mengalami perasaan terisolir akibat senantiasa berada di dalam rumah. Beberapa hal yang dapat menunjang kegiatan komunikasi yang empatik, di antaranya adalah jajaran atasan/ manajemen menjalin kontak secara rutin dengan karyawan atau bawahan mereka untuk memantau perkembangan kesehatan fisik dan mental karyawan.

Hal ini dapat menghilangkan perasaan terisolir yang dirasakan oleh karyawan akibat tidak bertemu dengan rekan kerja selama bekerja dari rumah. Manajemen perusahaan secara reguler memberikan informasi terkini tentang Covid-19 dan bagaimana dampaknya terhadap operasional dan kebijakan perusahaan. Selain itu, manajemen dapat menyelenggarakan pertemuan rutin atau bisa sesi khusus yang bertujuan mendengarkan keluhan atau untuk memberikan dukungan emosional satu sama lain. Gunakan sesi ini untuk mengecek perkembangan emosi dan psikologis karyawan. Hal ini dapat membantu karyawan terikat dengan tim kerja maupun dengan perusahaan sehingga senantiasa terhubung antara satu karyawan dengan karyawan yang lain. Sesi ini juga dapat digunakan oleh manajemen untuk memastikan karyawan menerapkan kebiasaan-kebiasaan sehat dan produktif

3. **Menerapkan Pemantauan Kinerja Berdasarkan Hasil**

Dalam situasi dimana manajemen kesulitan memantau kinerja karyawan dengan tatap muka secara langsung maka sistem pemantauan kinerja tradisional yang menerapkan "*command*" dan "*control*" menjadi kurang relevan. Apabila manajemen tetap mempertahankan model tradisional seperti ini akan tercipta iklim ketidakpercayaan pada karyawan. Hal yang dapat dilakukan oleh manajemen adalah merancang sistem pemantauan kinerja berdasarkan hasil di mana manajemen cukup merancang target akhir yang jelas untuk karyawan, tahapan apa saja yang harus dilakukan oleh karyawan, dan manajemen dapat lebih berorientasi memantau kemajuan yang sudah dibuat secara rutin oleh karyawan.

Kesimpulan

Kemunculan Covid-19 di Indonesia membuat banyak perusahaan menerapkan kebijakan bekerja dari rumah untuk karyawannya. Karyawan yang sudah berkeluarga menganggap bahwa kebijakan ini dapat membantu keseimbangan antara kehidupan pekerjaan dan keluarga. Namun seiring waktu, kegiatan bekerja dari rumah memunculkan gejala stres kerja dan menurunnya

kesejahteraan psikologis karyawan. Beberapa faktor yang menjadi penyebab stres tersebut, di antaranya adalah konflik peran ganda, perasaan terisolir, kelelahan digital, dan lain-lain. Berdasarkan teori *job demands-resources*, stres kerja timbul sebagai akibat dari ketidakseimbangan beban kerja dan sumber daya yang dimiliki karyawan. Untuk mengatasi stres kerja dari rumah, beberapa rekomendasi dapat dilakukan baik untuk karyawan maupun perusahaan.

Rekomendasi untuk karyawan meliputi: 1) membangun sistem manajemen kerja dan personal; 2) rutin menjaga kebugaran dan mempraktikkan *mindfulness*; serta 3) menerapkan prinsip ergonomi di ruang kerja di rumah. Sedangkan rekomendasi untuk perusahaan meliputi: 1) membangun sistem pemantauan dan pengendalian kesehatan fisik dan mental karyawan; 2) membangun iklim komunikasi yang saling percaya dan berempati; dan 3) menerapkan pemantauan kinerja berdasarkan hasil.

Daftar Pustaka

Albertsen, K., Rafnsdóttir, G. L., Grimsmo, A., Tómasson, K., & Kauppinen, K. (2008). Workhours and worklife balance. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Supplement*, *5*, 14–21.

Andrade, M. S., Westover, J. H., & Kupka, B. A. (2019). The Role of Work-Life Balance and Worker Scheduling Flexibility in Predicting Global Comparative Job Satisfaction. *Database*, *9*(2).

Astuti, N. B., & Setiyawati, D. (2017). Program Intervensi Berbasis Mindfulness untuk Meningkatkan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Kanker Anak. *Gadjah Mada Journal of Professional Psychology (GamaJPP)*, *3*(2). https://doi.org/10.22146/gamajpp.43407

Baker, R., Coenen, P., Howie, E., Williamson, A., & Straker, L. (2018). The short term musculoskeletal and cognitive effects of prolonged sitting during office computer work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(8), 1678. https://doi.org/10.3390/ijerph15081678

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2014). Job Demands-Resources Theory. dalam P. Y. Chen & C. L. Cooper (Eds.), *Wellbeing: A complete reference guide. Work and wellbeing* (hlm. 37–64). Wiley Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell019

Barnes, C. (2020). *Wellness In The Home Workplace*. Workdesign.Com. https://www.workdesign.com/2020/04/home-office-well-being/

Bashir, H., & Bhat, S. A. (2018). Effects of Social Media on Mental Health : A Review. *The International Journal of Indian Psychology*, *4*(3), 125–131. https://doi.org/10.25215/0403.134

Basu, T. (2019). *Teens are anxious and depressed after three hours a day on social media*. MIT Technology Review. https://www.technologyreview.com/2019/09/11/133096/teens-are-anxious-and-depressed-after-three-hours-a-day-on-social-media/

Bhui, K., Dinos, S., Galant-Miecznikowska, M., de Jongh, B., & Stansfeld, S. (2016). Perceptions of work stress causes and effective interventions

in employees working in public, private and non-governmental organisations: a qualitative study. *BJPsych Bulletin*, *40*(6), 318–325. https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050823

Chambers, R., Lo, B. C. Y., & Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, *32*(3), 303–322. https://doi.org/10.1007/s10608-007-9119-0

Cutuli, D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: An overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in Systems Neuroscience*, *8*, 175. https://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00175

Dane, E., & Brummel, B. J. (2014). Examining workplace mindfulness and its relations to job performance and turnover intention. *Human Relations*, *67*(1), 105–128. https://doi.org/10.1177/0018726713487753

Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*(3), 499. https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499

Downton, P., Jones, D., Zeunert, J., & Roös, P. (2017). Biophilic Design Applications: Putting Theory and Patterns into Built Environment Practice. *KnE Engineering*, 59–65. https://doi.org/10.18502/keg.v2i2.596

Edusafe. (2019). *Making the Workplace Safe*. http://healthandsafety.curtin.edu.au/local/docs/2010MakingtheWorkplaceSafe.pdf

Fosslien, L., & Duffy, M. W. (2020). *How to Combat Zoom Fatigue*. Harvard Business Review. https://hbr.org/2020/04/how-to-combat-zoom-fatigue

Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology*, *39*(5), 355. https://doi.org/10.1037/hea0000875

Gethealthyutah. (2020). *Healthy Habits While Working From Home*. Gethealthyutah.Org. https://gethealthyutah.org/blog/healthy-habits-

while-working-from-home/

Glomb, T. M., Duffy, M. K., Bono, J. E., & Yang, T. (2011). Mindfulness at work. In A. Joshi, J. J. Martocchio, & H. Liao (Eds.), *Research in Personnel and Human Resources Management* (Vol. 30, pp. 115–157). Emerald Group Publishing Limited, Bingley. https://doi.org/10.1108/S0742-7301(2011)0000030005

Hadi, N. S. (2020). Peran Coklat dalam Penanganan StressSaat Work From Homedan Kesehatan Mata Saat Terpapar Radiasi Online. *Seminar Nasional Hardiknas Belajar Dari Covid-19*, 65–70. http://proceedings.ideaspublishing.co.id/index.php/hardiknas/article/view/10

Harvey, R. H., Peper, E., Mason, L., & Joy, M. (2020). Effect of Posture Feedback Training on Health. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, *45*(2), 59–65. https://doi.org/10.1007/s10484-020-09457-0

Hill, C. S. (2019). *Simple ways to apply biophilic design at home with Habitat*. Http://Catesthill.Com/. http://catesthill.com/2019/07/25/biophilic-design-at-home/

ILO. (2020). *An employers' guide on working from home in response to the outbreak of COVID-19*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---act_emp/documents/publication/wcms_745024.pdf

Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., van der Heijden, B., & Engels, J. (2018). Effects of mindfulness-based stress reduction on employees' mental health: A systematic review. *PLoS ONE*, *13*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191332

Jones, N. B., Matt, C., & Assistant, G. (2015). Virtual Teams in Business and Distance Education: Reflections from an MBA Class. *Journal of Business & Economic Policy*, *2*(1), 49–59.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144–156. https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016

Katabaro, J. M., & Yan, Y. (2019). Effects of Lighting Quality on Working Efficiency of Workers in Office Building in Tanzania. *Journal of Environmental and Public Health*, *9*, 195. https://doi.org/10.1155/2019/3476490

Kersemaekers, W., Rupprecht, S., Wittmann, M., Tamdjidi, C., Falke, P., Donders, R., Speckens, A., & Kohls, N. (2018). A workplace mindfulness intervention may be associated with improved psychological well-being and productivity. A preliminary field study in a company setting. *Frontiers in Psychology*, *9*, 195. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00195

Lane, I. A., Mullen, M. G., & Costa, A. (2020). *Working from Home During the COVID-19 Pandemic: Tips and Strategies to Maintain Productivity & Connectedness*. https://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1145&context=pib

Macedo, L. G., Latimer, J., Maher, C. G., Hodges, P. W., McAuley, J. H., Nicholas, M. K., Tonkin, L., Stanton, C. J., Stanton, T. R., & Stafford, R. (2012). Effect of motor control exercises versus graded activity in patients with chronic nonspecific low back pain: A randomized controlled trial. *Physical Therapy*, *92*(3), 363–377. https://doi.org/10.2522/ptj.20110290

Novia, D. R. M. (2020, April 15). Work From Home Bikin Biaya Pulsa Membengkak, Bagaimana Cara Berhemat? *Okezone.Com*. https://www.okezone.com/tren/read/2020/04/15/620/2199677/work-from-home-bikin-biaya-pulsa-membengkak-bagaimana-cara-berhemat

P2PTM. (2018). *Kurang Aktivitas Fisik salah satu penyebab Stroke*. P2PTM Kemenkes RI. http://www.p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/page/5/kurang-aktivitas-fisik-salah-satu-penyebab-stroke

Purwanto, A. (2020). Studi Eksplorasi Dampak Work From Home (WFH) Terhadap Kinerja Guru Selama Pandemi Covid-19. *EduPsyCouns: Journal of Education, Psychology and Counseling*, *2*(1), 92–100. https://ummaspul.e-journal.id/Edupsycouns/article/view/418

Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. dalam *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43–68). Springer.

Schrager, S., & Sadowski, E. (2016). Getting More Done: Strategies to Increase Scholarly Productivity. *Journal of Graduate Medical Education*, *8*(1),

10–13. https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00165.1

Segal, Z. v, Williams, M. G., & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd Editio). Guildford Press.

Setiawan, R. (2020, April 3). Pemprov DKI Buka Pendataan Pekerja yang Kena PHK karena Corona. *Tirto.Id*. https://tirto.id/eKDq

Shareena, & Shahid, M. (2020). Work from home during COVID-19 : Employees perception and experiences. *Gjra - Global Journal for Research Analysis*, *9*(5). https://doi.org/10.36106/gjra

Tashandra, N. (2020, April 14). Survei: Kerja dari Rumah Bisa Sebabkan Masalah Mental. *Kompas.Com*. https://lifestyle.kompas.com/read/2020/04/14/121000220/survei--kerja-dari-rumah-bisa-sebabkan-masalah-mental

Velasco Garrido, M., Mette, J., MacHe, S., Harth, V., & Preisser, A. M. (2018). Sleep quality of offshore wind farm workers in the German exclusive economic zone: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *8*(11). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024006

Waspada Fenomena "Zoom Fatigue" saat WFH, Apa Itu? (2020). *Kumparan.Com*. https://kumparan.com/kumparantech/waspada-fenomena-zoom-fatigue-saat-wfh-apa-itu-1tPFFz1C5XK/full

----

Nuri Sadida, Aziza Suwartiningsih Bastian, Qorriyah Rahmi Khairunnisa, Tasqia Angelina. *The occurrence of Covid-19 in Indonesia forced company management to implement Work From Home (WFH) policy. At the beginning of its implementation, many family workers thought it was a good opportunity to increase the work-life balance. As the WFH continues for weeks and months, employees started to develop stress indicators and decreased well-being while working at home. Factors such as double role conflict, feeling of isolated, digital fatigue, are some of the factors that influence the occurrence of WFH stress. According to Job- Demands Resources Theory, work stress is the result of the imbalance of work demands and resources. The present article identified which aspects are considered as WFH demands and resource. Finally, this article also offers practical suggestions that can be implemented by both employee and company management to manage the WFH demands and resource.*

Bab 29. Bekerja dari Rumah, Belajar dari Rumah, dan *Well-being* Guru

Mega Jelita & Penny Handayani

Sejak awal 2020, dunia telah digemparkan oleh kejadian menyebarnya virus ke seluruh belahan dunia. Virus penyakit ini telah ditetapkan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai pandemi dunia. WHO memberi nama penyakit tersebut sebagai *Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)* (WHO, dalam Yuliana 2020). Keadaan pandemik telah banyak mengubah kegiatan sehari-hari setiap manusia. Salah satu kegiatan yang terdampak karena pandemi adalah kegiatan pendidikan. Di Indonesia, kegiatan pendidikan dipindahkan secara daring (*online*) atau disebut sebagai *learning from home* (LFH). Hal ini tentunya tidak hanya memberikan dampak pada peserta didik, namun juga kepada orang tua, guru, maupun staf sekolah yang berperan. Guru dan tenaga kependidikan harus melaksanakan administrasi dan hampir seluruh tugasnya secara daring, atau disebut sebagai *work from home* (WFH).

Pandemi dan Perubahan dalam Bekerja

Berjalannya kegiatan WFH sejak bulan Maret 2020, terdapat dua faktor penting yang penulis simpulkan berdasarkan tinjauan literatur yang dapat mempengaruhi tingkat kesejahteraan psikologis (*well-being*) seorang guru di masa pandemik ini, yaitu keseimbangan kehidupan pekerjaan dengan kehidupan pribadi seorang guru dan hubungan antara guru dengan muridnya. Kegiatan WFH memberikan dampak negatif dan positif bagi keseimbangan kehidupan pekerjaan dan kehidupan pribadi seorang guru.

Dampak negatif yang dapat dirasakan oleh para pekerja, yaitu mereka dapat merasakan kelelahan yang menyebabkan berkurangnya motivasi untuk bekerja dikarenakan banyaknya tugas yang harus dijalankan dan diselesaikan

secara bersamaan, seperti pekerjaan rumah tangga dan pekerjaan kantor. Para pekerja juga dapat kehilangan fokus ketika bekerja karena adanya gangguan dari pekerjaan lainnya khususnya untuk para pekerja yang lebih tua (Clapp, Rubens, Sabharwal, & Gazzaley, dalam Mustajab et al., 2020). Dari sisi positif, individu memiliki kesempatan untuk belajar menyeimbangkan pekerjaannya dan kehidupan di luar pekerjaannya serta kehidupan sosialnya yang dapat meningkatkan moral individu (Weerasinghe & Jayawardana, dalam Mustajab et al., 2020). Hal ini membantu para pekerja menyusun jadwal dan memiliki waktu luang bersama keluarga sambil menyelesaikan pekerjaannya. WFH juga memberi kebebasan bagi para pekerja untuk lebih fleksibel dalam menentukan lokasi mereka bekerja sehingga dapat meningkatkan kenyamanan bekerja dan kepuasan bekerja (Ma, dalam Mustajab et al., 2020).

Hal tersebut serupa dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Stadtlander et al. (2017) tentang dampak positif dan negatif dari bekerja di rumah. Dampak positifnya, mereka memiliki kebebasan untuk menjadwalkan jam kerja, dapat mengontrol gangguan selain pekerjaan, dan memiliki tingkat stres yang berkurang dibandingkan biasanya. Dampak negatifnya, lebih kepada aspek sosial. Partisipan merasakan kesepian karena tidak dapat bersosialisasi seperti biasanya di tempat kerja mereka. Partisipan juga perlu berhadapan dengan keluarga dan teman yang mendatangi mereka saat jam kerja berlangsung dan hal ini dapat mengganggu kinerja mereka (Stadtlander et al., 2017).

Bekerja dari Rumah dan *Work-Life Balance*

Pada sisi lain, berdasarkan hasil penelitian dari Sahrah (2020), dosen dan tenaga kependidikan merasa memiliki *work-life balance* sebelum pandemi lebih seimbang dibanding saat pandemi. Mereka mengatakan bahwa tidak ada konflik peran antara pekerjaan dan tuntutan tugas yang dilakukan sebelum pandemi dengan kehidupan pribadi dan keluarganya. Hal ini dimungkinkan karena jenis pekerjaan subjek penelitian adalah staf pengajar atau dosen dan tenaga kependidikan yang sifat pekerjaannya relatif lebih fleksibel daripada jenis pekerjaan lain.

Pada situasi pandemik ini, para guru dan tenaga kependidikan merasa bahwa waktu kerja mereka tidak ada batas dan tidak resmi. Kapan saja mahasiswa dapat meminta adanya layanan akademik karena dilakukan secara daring. Penelitian ini juga didukung dengan hasil penelitian dari Fatima dan Sahibzada (2012) bahwa guru laki-laki lebih merasa puas dan berhasil dengan adanya *work-life balance* dibandingkan guru wanita karena guru wanita yang menikah juga memiliki tuntutan untuk mengurusi anak, orang tua, dan pasangannya.

Permasalahan terjadi apabila keseimbangan pekerjaan-kehidupan pribadi (*work-life balance*) tidak tercapai. Yaitu timbulnya konflik *work-family* dan *family-work* yang dapat mempengaruhi tingkat *well-being* individu. Menurut hasil penelitian Bell, Rajendran, dan Theiler (2012), ketika individu merasa tidak nyaman dan dipenuhi oleh tuntutan pekerjaan, mereka cenderung kurang dapat menyeimbangkan kehidupan kerja dengan kehidupan di luar pekerjaan yang menyebabkan berkurangnya tingkat *well-being* serta semakin tingginya konflik antara pekerjaan dan kegiatan sehari-harinya. Perbedaan antara konflik *work-family* dengan *family-work* dapat dilihat dari penyebab munculnya konflik.

Konflik *work-family* muncul ketika pekerja memiliki peranan sebagai orang tua atau memiliki pasangan. Konflik ini juga dapat muncul karena individu banyak menghabiskan waktu dengan pekerjaannya, jadwal pekerjaan yang kurang fleksibel, dan jarang berada di rumah khususnya bagi wanita karir yang sudah memiliki anak. Apabila konflik terus berlanjut, hal tersebut menyebabkan individu kelelahan, kinerja yang kurang baik, merasa tidak kompeten, tidak puas dengan pekerjaannya, dan meninggalkan pekerjaannya (Allen, Herst, Burck & Sutton; Netemeyer, Boles & McMurrian, dalam Erdamar & Demirel, 2014).

Pada sisi lain, konflik *family-work* sangat dipengaruhi oleh situasi rumah. Rumah dapat mempengaruhi lingkungan bekerja. Konflik *family-work* dapat mempengaruhi kesehatan dan *well-being* pekerja (Beauregard; Peeters et al., dalam Erdamar & Demirel, 2014). Konflik ini muncul akibat adanya konflik individu dengan keluarga, kurangnya dukungan dari pasangan, banyaknya tanggung jawab yang harus dilakukan di rumah, dan memiliki bayi atau jumlah anak yang banyak (Greenhaus & Beutell, dalam Erdamar & Demirel, 2014). Konflik ini dapat menyebabkan ketidakpuasan akan pekerjaan, kehadiran

yang selalu telat, sering absensi (ketidakhadiran) kerja, dan kinerja yang buruk (Kirchmeyer & Cohen, dalam Erdamar & Demirel, 2014).

Apabila dihubungkan dengan jenis kelamin, dari hasil penelitian dinyatakan bahwa pekerja pria dikatakan lebih produktif dibandingkan pekerja wanita karena kurangnya gangguan yang mempengaruhi pekerja pria. WFH memberikan lebih banyak dampak negatif pada pekerja wanita, khususnya mereka yang telah menikah (Mustajab et al., 2020). Hal ini dikarenakan mereka harus melakukan banyak tugas yang berhubungan dengan pekerjaan di kantor dan pekerjaan di rumah. Pembagian tugas rumah tangga terkadang dapat menjadi masalah dalam rumah tangga, seperti protes dari suami yang stres akibat beban kerja yang tinggi, sehingga menimbulkan ketidakstabilan emosi antar pasangan dan memicu pertengkaran.

Dinamika LFH dan WFH pada Guru dan Siswa

Berlangsungnya LFH dan WFH menimbulkan pro dan kontra dari berbagai pihak karena proses belajar-mengajar secara daring masih terasa asing untuk warga Indonesia. Akibatnya, masih banyak kekurangan yang dirasakan oleh berbagai pihak. Pada umumnya, sejak dahulu, kegiatan belajar-mengajar selalu dilakukan secara langsung dengan tatap muka. Namun, keadaan pandemi memaksa seluruh pihak yang berperan di dunia pendidikan untuk mengubah sistem sehingga proses belajar mengajar tetap dapat terlaksana.

Terdapat beberapa dampak dari pandemi terhadap proses belajar-mengajar, sebagai berikut (Aji, 2020): *Pertama*, penggunaan teknologi di masa pandemik menjadi tantangan besar bagi guru yang lahir pada tahun 1980-an. Mereka harus lebih bekerja keras untuk mempelajari penggunaan teknologi sehingga dapat membawakan materi secara baik. *Kedua*, siswa yang masih berada pada tingkat *preschool* dan sekolah dasar juga membutuhkan bantuan dari orang terdekat seperti orang tua atau keluarganya ketika melaksanakan LFH. *Ketiga*, sekolah secara daring memberikan beban bagi siswa dan guru yang tinggal di daerah terpencil atau memiliki perekonomian yang mengkhawatirkan. Beban yang mereka rasakan terjadi karena sarana dan prasarana di daerah mereka belum dapat menunjang kegiatan sekolah daring dengan baik. Tidak hanya

itu, banyak daerah juga kekurangan akses internet sehingga mereka sulit untuk mengikuti proses belajar-mengajar dengan lancar. Kekurangan akses internet dapat disebabkan oleh kurangnya kuota internet, atau daerah mereka tinggal belum mendapatkan jaringan internet sebaik kota-kota besar lainnya.

Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Indonesia, Nadiem Makarim, sempat mengalami dilema untuk tetap melanjutkan proses belajar mengajar ini. Hal ini dikarenakan, di satu sisi, kegiatan sekolah harus tetap berjalan karena pentingnya pendidikan bagi negara. Di sisi lain, banyak kecakapan dan kemampuan finansial guru dan siswa belum melaju ke arah yang sama dan negara pun belum dapat membantu secara menyeluruh dalam memfasilitasi kebutuhan biaya yang dimaksud (Aji, 2020). Akan tetapi, dampak pandemi tidak hanya dirasakan dalam lingkup sekolah, namun juga dirasakan dalam kehidupan sehari-hari seorang guru.

Pada keadaan ini, guru tetap harus menjadi seorang profesional yang membantu menunjang pendidikan. Dalam UU Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen, pada Bab I Pasal 1, dinyatakan bahwa guru adalah pendidik profesional dengan tugas utama mendidik, mengajar, membimbing, mengarahkan, melatih, menilai, dan mengevaluasi peserta didik pada pendidikan anak usia dini jalur pendidikan formal, pendidikan dasar, dan pendidikan menengah (Redaksi Sinar Grafika, dalam Shabir, 2015). Guru yang profesional memahami akan tugas dan tanggung jawabnya dalam dunia pendidikan. Guru memegang peran penting dalam dunia pendidikan untuk membantu siswa membangun karakter dan menambah wawasan. Tidak hanya terhadap siswa, guru juga bertanggung jawab kepada orang tua siswa, masyarakat, dan negara. Selain menjalani tanggung jawabnya, seorang guru tentunya perlu memiliki kompetensi untuk dapat menjalankan profesionalitasnya. Menurut UU No. 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen, kompetensi yang perlu dimiliki seorang guru meliputi kompetensi pedagogik, kompetensi kepribadian, kompetensi sosial, dan kompetensi profesional (Shabir, 2015). Kompetensi pedagogik merupakan seluruh kemampuan yang berkaitan dengan interaksi pembelajaran antara guru dengan siswanya. Kompetensi kepribadian merupakan karakteristik personal yang mencerminkan realitas sikap dan perilaku guru dalam

melaksanakan tugas-tugasnya dalam kehidupan sehari-hari. Kompetensi sosial merupakan keterampilan yang terkait dengan hubungan atau interaksi dengan orang lain. Kompetensi profesional merupakan kemampuan dan keterampilan terhadap penguasaan materi pelajaran secara mendalam, utuh, dan komprehensif (Muchith, dalam Shabir, 2015).

Tidak hanya berhenti dengan melaksanakan tugas utamanya saja, seorang guru juga harus mampu mengikuti perkembangan zaman sehingga mereka dapat memberikan pengajaran yang terbaik kepada muridnya. Salah satu perkembangan zaman yang berhubungan dengan dunia pendidikan adalah teknologi. Penggunaan teknologi sangat diperlukan untuk membantu dan meringankan proses belajar-mengajar. Contoh nyatanya dapat kita lihat dan rasakan saat pandemi ini. Teknologi sangat berperan dalam membantu proses belajar-mengajar agar tetap terlaksana meskipun dalam jarak jauh.

Proses belajar-mengajar yang berlangsung secara daring membuat para guru perlu memiliki usaha yang lebih keras dalam menyeimbangkan pekerjaannya dengan kegiatan sehari-hari. Demi kelancaran proses belajar-mengajar, guru perlu mempersiapkan beberapa hal penting terlebih dahulu. Kesiapan guru menghadapi pembelajaran daring juga menentukan keberhasilan belajar murid. Kesiapan tersebut seperti rencana pembelajaran, materi-materi pembelajaran yang akan disampaikan, media pembelajaran, pengaturan jadwal pembelajaran daring, dan lain-lain (Alwiyah & Imaniyati; Larlen, dalam Ayuni et al., 2020).

Kegiatan WFH dan LFH mempengaruhi hubungan guru dengan muridnya. Hubungan antara guru dengan muridnya dalam keadaan ini terasa lebih kaku dan berjarak. Sebelum adanya kegiatan WFH, guru dapat menjalin hubungan dengan para muridnya secara langsung di sekolah secara tatap muka. Hubungan antara guru dan murid ternyata sangat berperan penting bagi *well-being* guru.

Berdasarkan hasil wawancara, ditemukan bahwa seorang guru merasa hubungan dengan murid menjadi sumber penting bagi emosi positif, perasaan dihargai, dan kepuasan serta peningkatan motivasi untuk tetap bekerja sebagai guru (Hargreaves, O'Connor, dalam Milatz, Luftenegger, & Schober, 2015). Hubungan dekat dengan murid paling menonjol terjadi pada tingkat sekolah

dasar karena pentingnya kehadiran relasi emosional yang intens antara guru dengan muridnya di masa itu (Hargreaves, dalam Milatz, Luftenegger, & Schober, 2015). Hubungan guru dengan murid memberikan perasaan berharga bagi guru karena guru merasa mendapatkan dukungan sosial yang dapat mengurangi perasaan cemas. Dengan berkurangnya perasaan cemas, seorang guru akan merasa lebih dihargai oleh muridnya. Hal ini juga mempengaruhi *well-being* guru. Sebaliknya, hubungan yang berjarak antara guru dengan siswa terkait dengan tingkat *burnout* (Hargreaves, dalam Milatz, Luftenegger, & Schober, 2015). Pengalaman hubungan yang kurang baik dengan siswa dapat menyebabkan perasaan tidak kompeten, perasaan tidak dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan mereka sebagai seorang guru. Pengalaman ini dipersepsikan sebagai kepemilikan tujuan yang tidak sesuai dan valensi negatif. Seorang guru bahkan mungkin saja meninggalkan pekerjaannya karena kurangnya hubungan yang baik dengan para siswa.

Proses belajar-mengajar yang dilaksanakan secara daring memberikan batasan bagi para guru untuk mengenal dan mendisiplinkan muridnya secara langsung. Terlebih lagi, ketika melakukan sekolah daring, banyak murid yang tidak menyalakan kamera sehingga mempersulit guru untuk mengenali muridnya satu per satu. Perubahan proses belajar mengajar ini menimbulkan kebiasaan baru seperti berkomunikasi menggunakan *gadget,* menyapa guru dan teman dari jarak jauh atau secara daring, menggunakan teknologi internet lebih banyak, serta berkurangnya ekspresi dan fokus dalam berkomunikasi (Hidayat & Noeraida, 2020). Kondisi ini bertolak belakang dengan perilaku komunikasi dalam suasana pembelajaran secara langsung di kelas, di mana siswa dan guru dapat melibatkan dimensi emosional dan menangkap pesan nonverbal (Sitompul, dalam Hidayat & Noeraida, 2020).

Siswa juga merasakan, dengan mengikuti kelas daring hanya terjalin komunikasi satu arah walaupun tetap ada beberapa siswa yang mengajukan pertanyaan di sela-sela proses belajar mengajar. Akan tetapi, pertanyaan yang disampaikan terbatas dan tidak semua siswa memiliki kesempatan dan waktu untuk bertanya, apalagi ketika ada kendala jaringan internet atau terdapat masalah teknis dari *gadget* seperti suara tidak terdengar (Hidayat & Noeraida,

2020). Hal lain yang dirasakan oleh siswa ketika kelas daring adalah mereka tidak dapat melihat gestur nonverbal dari guru sehingga interaksi terasa kaku. Komunikasi langsung lebih memberikan peluang untuk membangun hubungan yang lebih akrab antara guru dengan siswa karena melibatkan bahasa verbal dan nonverbal (Hidayat, dalam Hidayat & Noeraida, 2020).

Well-being **Guru Sebagai Pekerja**

Guru yang biasanya berangkat ke sekolah untuk bekerja dan menjalani tugasnya, sekarang harus melaksanakan hampir seluruh pekerjaannya di dalam rumah bersamaan dengan mengurusi hal-hal lain di luar urusan sekolah, misalnya mengurus keluarga. Perubahan rutinitas tersebut dapat mempengaruhi *well-being* guru. Dalam keadaan pandemik ini, penting untuk tetap memperhatikan kesejahteraan psikologis seorang guru agar mereka tetap dapat menjalani pekerjaan dan mengatur kehidupan sehari-hari secara seimbang.

Kebahagiaan adalah bagian dari kesejahteraan psikologis atau *subjective well-being* (SWB) yang merupakan suatu pandangan bersifat subjektif dari kehidupan yang dimiliki individu (Bukhari dan Khanam, dalam Dewi dan Nasywa, 2019). SWB memiliki dua komponen, yaitu kognitif dan afektif. *Komponen kognitif* berhubungan dengan kepuasan hidup individu, sedangkan *komponen afektif* berupa afek positif dan negatif yang dirasakan individu (Cenkseven-Order & Sari, 2009). Dimensi afek positif dalam komponen afektif merefleksikan suasana hati yang positif, seperti antusias, aktif, dan waspada, sedangkan dimensi afek negatif merefleksikan suasana hati individu seperti kemarahan, penghinaan, perasaan jijik, rasa bersalah, ketakutan, dan kegugupan.

Kepuasan hidup digambarkan sebagai penilaian kognitif individu terhadap kehidupan seseorang yang mencakup segala hal seperti pekerjaan, pernikahan, kesehatan, dan aspek kehidupan lain (Diener & Diener; Pavot et al., dalam Cenkseven-Order & Sari, 2009). Tingkat SWB individu yang tinggi ditandai dengan tingginya kepuasan hidup, tingginya afek positif, dan rendahnya afek negatif. Seseorang yang memiliki tingkat SWB yang tinggi mampu mengatur emosi dan menghadapi masalah dengan baik. Sebaliknya,

orang yang memiliki tingkat SWB yang rendah cenderung merasa hidupnya tidak bahagia, penuh pikiran dan perasaan negatif yang dapat menimbulkan kecemasan, kemarahan, bahkan berisiko mengalami depresi (Diener, Oishi, & Lucas, dalam Dewi dan Nasywa, 2019). Menurut Cenkseven (dalam Cenkseven-Order & Sari, 2009), individu yang dapat mengatasi kehidupannya yang penuh tekanan menjadi prediktor yang penting dalam SWB. Hal ini berarti apabila seorang guru memiliki kemampuan mengatasi hal-hal yang menekan atau buruk secara efektif, maka kemungkinan ia memiliki tingkat SWB yang tinggi.

Banyak manfaat yang dapat dirasakan ketika individu memiliki tingkat SWB yang tinggi. Bagi institusi pendidikan sebagai pemberi kerja, manfaat mempertahankan SWB seorang guru yang tinggi adalah mereka akan lebih produktif, kreatif, dan memiliki hubungan sosial yang lebih baik (De Neve, Diener, Tay, & Xuereb., dalam Kumar, 2020). Seorang guru yang memiliki tingkat SWB yang tinggi memiliki tingkat kinerja yang tinggi dan berdampak pada kelangsungan institusi pendidikan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Jalali dan Heidari (2016) bahwa terdapat hubungan signifikan dan positif antara SWB dan kinerja. Selain itu, tingginya tingkat SWB individu berarti bahwa individu tersebut memiliki tingkat kesehatan fisik yang tinggi, kestabilan emosi yang tinggi, lebih puas dengan kehidupan dan usahanya, memiliki kualitas kerja yang lebih tinggi dan memiliki tingkat *job stress* yang rendah (Veenhoven; Seligman, dalam Jalali dan Heidari, 2016). Selain berkaitan dengan kebahagiaan, SWB juga berkaitan erat dengan tingkat stres (Schiffrin dan Nelson, dalam Dewi dan Nasywa, 2019). Apabila tingkat stres individu tinggi, maka tingkat SWB individu rendah.

SWB guru yang baik dapat mempengaruhi SWB siswanya menjadi baik (Harding et al., 2019). Sedangkan, SWB guru yang buruk dan tingkat simtom depresi yang tinggi dapat mengakibatkan kinerja guru menjadi buruk. Hal ini dapat mempengaruhi SWB siswanya dan menyebabkan tekanan psikologis (Beck et al.; Jain et al., dalam Harding et al, 2019). SWB yang tinggi juga ditemukan berhubungan dengan keterlibatan, perilaku bekerja lebih keras, pengurangan *burnout*, dan pengaturan emosi guru dengan efek positif bagi dirinya maupun muridnya (Tennant et al., dalam Moe, 2016).

Tips Guna Memperbaiki *Well-being*

Pada masa pendemik ini, para guru dapat mengalami kesulitan untuk mengatur waktu dalam menyeimbangkan kehidupan pekerjaan dengan kehidupan pribadi. Oleh karena itu, Prabandari (2020) memberikan tahap-tahap untuk memilih kegiatan yang perlu diprioritaskan selama menjalankan aktivitas di rumah. *Pertama*, tentukan kepentingan primer dengan merenungkan selama 4-5 menit. *Kedua*, ketika sudah menemukan kegiatan yang utama, arahkan waktu untuk menyelesaikan kegiatan tersebut terlebih dahulu. *Ketiga*, pahami bahwa kegiatan tersebut perlu diprioritaskan terlebih dahulu. *Keempat*, individu juga perlu memberikan waktu berkualitas misalnya melakukan hobi atau aktivitas menyenangkan lain diluar kegiatan tersebut. *Kelima*, penting untuk individu memahami bahwa terkadang mereka perlu memilih untuk memprioritaskan kegiatan. Semua hal ini akan membantu guru memiliki kesejahteraan psikologis (*well-being*) yang lebih baik.

Seorang guru yang memiliki tingkat *well-being* yang rendah lebih rentan merasakan stres karena merasa tuntutan dari lingkungan lebih berat dan kemampuannya dianggap tidak dapat menyelesaikan tuntutan tersebut (Darmawan, 2020). Guru yang memiliki tingkat *well-being* rendah akan memiliki karakteristik, seperti tingkat kesehatan yang rendah, kinerja yang buruk, kecenderungan mengalami *burnout* dalam pekerjaan, kurangnya kepedulian serta rasa tanggung jawab yang besar terhadap prestasi akademik siswanya, timbulnya depresi, gangguan kejiwaan, keterbatasan aktivitas sehari-hari, bahkan kematian (Pramithasari & Suseno, 2019; Bryson, Forth, & Stokes, dalam Pramithasari & Suseno, 2019; Vazisup et al., dalam Pramithasari & Suseno, 2019; Diener et al.; Lasek, Loudova, & Vacek, dalam Pramithasari & Suseno, 2019; Wakhidah, dalam Fajriani & Suprihatin, 2017).

Beberapa tips yang dapat dilakuan oleh para guru untuk menyeimbangkan kehidupan pekerjaan dengan kehidupan pribadi di masa pandemik ini, yaitu tinggalkan keinginan untuk sempurna dalam segala hal, melepaskan keinginan menggunakan teknologi secara terus menerus, berolahraga, melakukan meditasi atau berdoa, membatasi aktivitas dan sosial yang membuang waktu, mengganti

suasana sehingga tidak membosankan bagi individu, mulai melakukan hal-hal dari kecil dan kembangkan hal tersebut menjadi suatu aktivitas yang besar (Prabandari, 2020).

Dengan adanya kegiatan WFH dan LFH, dinamika KBM (kegiatan belajar-mengajar) membuat hubungan antara guru dan muridnya lebih renggang dibandingkan sebelum adanya pandemi. Untuk jangka panjang, hal ini mungkin dapat menurunkan tingkat *well-being* seorang guru. Hal ini dapat mempengaruhi kehidupan pekerjaannya apabila guru kesulitan untuk membangun hubungan yang dekat dengan muridnya karena adanya komunikasi satu arah dalam proses belajar-mengajar. Dengan kata lain, dampak yang dirasakan tidak hanya terjadi pada pekerjaan seorang guru, melainkan juga berdampak bagi kehidupan pribadi dan sosial guru dengan muridnya yang dapat mempengaruhi tingkat *well-being* seorang guru.

Kriteria seorang guru yang mengalami gejala *burnout* karena *well-being* yang rendah dapat dilihat melalui perilaku dan sikapnya yang kurang antusias ketika mengajar dan menunjukkan perilaku tidak sabar atau cemas yang mengganggu kinerja mereka (Fernet et al., dalam Szabo & Jagodics, 2019). Dampak dari *burnout* berkepanjangan, yaitu individu berubah ketika sedang bekerja, atau bahkan meninggalkan pekerjaan mereka. Efek dari *burnout* yang dialami guru tidak hanya dirasakan oleh individu dan rekan kerja terdekatnya, tetapi juga berpengaruh terhadap perilaku siswa. Siswa lebih termotivasi untuk belajar ketika mereka merasa seorang guru antusias untuk mengajar (Lazarides, Buchhold, & Rubach, dalam Szabo & Jagodics, 2019).

Adapun solusi untuk menghindari atau mengurangi *burnout* menurut Poerwandari (dalam Yandri & Juliawati, 2017), yaitu mengelola beban kerja secara realistis, menyeimbangkan gaya hidup, relaksasi dan olah tubuh, serta menyadari atau mewaspadai tanda-tanda awal stres kerja. Penjelasannya, sebagai berikut: Sadarilah bahwa bahwa tidak semua persoalan dapat segera diselesaikan secara tuntas. Dengan adanya kesadaran bahwa guru tidak dapat menyelesaikan semua tugas dengan adanya limitasi waktu, tenaga dan fokus diri, maka guru tidak akan membuat, mengambil dan mencoba menyelesaikan tugas yang tidak sesuai dengan kemampuan diri sendiri. Untuk menyeimbangkan gaya

hidup, lakukan pekerjaan secara berselang-seling. Misalnya, lakukan aktivitas yang memungkinkan munculnya stres tinggi, setelah itu lakukan aktivitas yang bertegangan rendah. Jangan lupa untuk menggunakan waktu jeda untuk mengumpulkan energi. Kurangi ketegangan dengan berbagai cara fisik, seperti mengatur atau mengolah cara bernapas saat merasakan tekanan pekerjaan memuncak. Olahraga ringan dapat dilakukan guna tetap membuat sirkulasi darah dan oksigen lancar ke seluruh tubuh. Saat mulai muncul konflik dengan rekan dan atasan, atau beban berlebih, segeralah ambil langkah untuk mengelola atau mengatasinya. Bila kita masih saja merasa sangat tidak nyaman dan tidak lagi terhubung dengan tempat kerja, bahkan terus berpikir ingin pergi, mungkin sudah saatnya untuk menemukan atau mengkonstruksi pekerjaan baru.

Kesimpulan dan Saran

Pandemi yang terjadi di Indonesia memberikan dampak terhadap pendidikan dan seluruh tenaga kependidikan, khususnya perubahan dalam bekerja. Perubahan yang terjadi juga memberikan dampak yang dapat mempengaruhi kesejahteraan hidup seorang guru. Guru yang memiliki tingkat kesejahteraan yang tinggi akan merasa puas dan positif dengan seluruh aspek kehidupannya. Guru yang memiliki tingkat kesejahteraan yang rendah dapat mengalami tingkat stres yang tinggi dan emosi negatif, yang juga dapat mempengaruhi seluruh aspek kehidupannya. Oleh karena itu, penting bagi guru untuk dapat memperbaiki kesejahteraan hidupnya dengan membatasi waktu bekerja, melakukan aktivitas lain yang menyenangkan, mengubah suasana yang membosankan, dan/atau melakukan relaksasi.

Sebagai penutup, penulis menyarankan beberapa saran praktis kepada pihak-pihak yang berperan dalam dunia pendidikan. Pimpinan dan staf sekolah dapat merancang program-program yang dapat meningkatkan *well-being* guru. Misalnya, mengadakan seminar, pelatihan daring terkait kompetensi guru, konsultasi daring, atau kegiatan daring (*gathering* seluruh staf sekolah). Para staf sekolah juga dapat saling membantu dan mendukung untuk menyusun rancangan belajar mengajar di masa pandemik ini sehingga meringankan tugas

guru dalam hal persiapan kelas daring.

Para guru dapat belajar untuk menyadari ketika muncul stres akibat pekerjaan atau kehidupan pribadinya untuk menghindari *burnout* dan kelelahan dalam kehidupannya. Apabila stres sudah dirasakan, para guru diharapkan untuk dapat memanfaatkan waktu untuk istirahat dari pekerjaan atau sumber stres. Hal ini agar guru tetap menyeimbangkan antara kehidupan pekerjaan dengan kehidupan pribadinya yang membantunya untuk tetap mempertahankan tingkat *well-being* yang tinggi. Hal ini dapat memberikan dampak positif kepada pekerjaan, diri sendiri, orang lain, dan siswa. Hal lain yang dapat dilakukan para guru ketika merasa stres, yaitu mencari seseorang yang dapat diajak berbicara. Ketika berbicara, sebaiknya bicaralah secara efektif dan asertif agar orang lain juga dapat memahami dengan lebih baik. Guru tetap mempertahankan gaya hidup sehat dan belajar teknik-teknik meredakan stres. Sebagai sesama guru, mereka perlu menyadari kewajibannya sehingga dalam situasi ini, tugas dan tanggung jawabnya tetap dapat dilakukan dengan baik, saling berkomunikasi dengan rekan kerja, bekerjasama, dan mengembangkan empati satu sama lain untuk meringankan beban atau tuntutan yang dimiliki oleh masing-masing guru.

Daftar Pustaka

Aji, R. H. (2020). Dampak Covid-19 pada pendidikan di indonesia: Sekolah, keterampilan, dan proses pembelajaran. *Jurnal Sosial & Budaya Syar-i, 7*(5), 395-402. https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i5.15314

Ayuni, D., Marini, T., Fauziddin, M., & Pahrul, Y. (2020). Kesiapan guru TK menghadapi pembelajaran daring masa pandemi vovid-19. *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini, 5*(1), 414-421. https://doi.org/10.31004/obsesi.v5i1.579

Cenkseven-Önder, F., & Sari, M. (2009). The quality of school life and burnout as predictors of subjective well-being among teachers. *Educational Sciences: Theory & Practice, 9*(3), 1223-1235. Retrieved from https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ858924.pdf

Darmawan, A. (2020, Mei 16). Menjaga kesehatan mental di masa pandemi Covid-19. Bandung, Jawa Barat, Indonesia. Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=Q5o_2JZeY1Y&t=2830s

Dewi, L., & Nasywa, N. (2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi *subjective well-being*. *Jurnal Psikologi Terapan dan Pendidikan, 1*(1), 54-62. Retrieved from http://journal.uad.ac.id/index.php/Psikologi/article/download/15129/7347

Erdamar, G., & Demirel, H. (2014). Investigation of work-family, family-work conflict of the teachers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 116*, 4919-4924. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1050

Fajriani, I. T., & Suprihatin, T. (2017). Harga diri, kepuasan kerja dan kesejahteraan subjektif pada guru Madrasah Tsanawiyah. *Proyeksi, 12*(1), 67-76. Retrieved from http://lppm-unissula.com/jurnal.unissula.ac.id/index.php/proyeksi/article/viewFile/2850/2073

Hidayat, D., & Noeraida. (2020). Pengalaman komunikasi siswa melakukan kelas *online* selama pandemi Covid-19. *Jurnal Ilmu Komunikasi Efek, 3*(2), 172-182. Retrieved from https://e-journal.umc.ac.id/index.php/jike

Jalali, Z., & Heidari, A. (2016). The relationship between happiness, subjective

well-being, creativity and job performance of primary school teachers in Ramhormoz City. *International Education Studies, 9*(6), 45-52. https://doi.org/10.5539/ies.v9n6p45

Kumar, S. P. (2020). Workplace spirituality as an antecedent of university teachers' subjective well-being: Mediating role of job satisfaction and job performance. *Journal of Engineering Education Transformations, 33*, 137-146. Retrieved from https://idr.nitk.ac.in/jspui/handle/123456789/14046

Lades, L. K., Laffan, K., Daly, M., & Delaney, L. (2020). Daily emotional well-being during the Covid-19 pandemic. *British Journal of Health Psychology*, 1-10. https://doi.org/10.1111/bjhp.12450

Milatz, A., Luftenegger, M., & Schober, B. (2015). Teachers' relationship closeness with students as a resource for teacher wellbeing: A response surface analytical approach. *Frontiers in Psychology, 6*, 1949. Retrieved from https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01949/full

Moe, A. (2016). Harmonious passion and its relationship with teacher well-being. *Teaching and Teacher Education, 59*, 431-437. https://doi.org/10.1016/j.tate.2016.07.017

Mustajab, D., Bauw, A., Rasyid, A., Irawan, A., Akbar, M. A., & Hamid, M. A. (2020). Fenomena bekerja dari rumah sebagai upaya mencegah serangan Covid-19. *The International Journal of Applied Business, 4*(1), 13-21. Retrieved from https://e-journal.unair.ac.id/TIJAB/article/download/18574/10248

Prabandari, Y. S. (2020, Juli 30). Work life balance in pandemic situation. Yogyakarta, D.I. Yogyakarta, Indonesia. Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=W961qSNUDP4&t=3858s

Pramithasari, A., & Suseno, M. N. (2019). Kebersyukuran dan kesejahteraan subjektif pada guru SMA Negeri I Sewon. *Jurnal Penelitian Psikologi, 10*(2), 1-12. https://doi.org/10.29080/jpp.v10i2.240

Sahrah, A. (2020). Kebijakan kerja dari rumah meningkatkan keseimbangan kehidupan kerja. Dalam D. H. Santoso, & A. Santosa (Eds.), *Covid-19*

dalam ragam tinjauan perspektif (pp. 97-107). D.I. Yogyakarta: MBridge Press. Retrieved from http://lppm.mercubuana-yogya.ac.id/wp-content/uploads/2020/07/BUKU-RAPID-RESEARCH-COVID-UPDATE-1.pdf

Shabir, M. (2015). Kedudukan guru sebagai pendidik: (tugas dan tanggung jawab, hak dan kewajiban, dan kompetensi guru). *Auladuna, 2*(2), 221-232. Retrieved from http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/auladuna/article/download/878/848

Stadtlander, L., Sickel, A., Civita, L. L., & Giles, M. (2017). Home as workplace: A qualitative case study of online home faculty using photovoice. *Journal of Educational Research and Practice, 7*(1), 45-59. https://doi.org/10.5590/JERAP.2017.07.1.04

Szabo, E., & Jagodics, B. (2019). Teacher burnout in the light of workplace, organizational, and social factors. *HERJ Hungarian Educational Research Journal, 9*(3), 539-559. Retrieved from https://akademiai.com/loi/063

Yandri, H., & Juliawati, D. (2017). Burnout pada guru BK/konselor sekolah. *Konselor, 6*(2), 61-65. https://doi.org/10.24036/02017627561-0-00

Mega Jelita & Penny Handayani. ***Work from Home, Learn from Home, and Teacher Well-being.*** *The pandemic that occurred in Indonesia has a major impact on education and people who had a role in it. Working from home (WFH) and learning from home (LFH) have dynamic influences, both for students and teachers. In this situation, teachers are required not only to teach, but also to manage their personal and social life at the same time. It can affect the level of teachers' well-being. This article wants to describe two important factors that can affect the level of well-being as a result from working from home and learning from home. Teachers who have high levels of well-being will give a positive effect and satisfaction on all aspects of an individual's life, while teachers who have low levels of well-being will have a high level of stress and are filled with negative emotions.*

Bab 30. Covid-19 dan Sekolah (Daring) Luar Biasa: Sebuah Tantangan bagi Mereka yang Spesial

Annisa Sri Wandini,
Karta Puspita, & Yuditia Prameswari

Sekolah bagi Anak Berkebutuhan Khusus

Pendidikan khusus atau *special education* secara khusus merupakan pendidikan yang merancang instruksi pembelajaran yang memenuhi kebutuhan yang tidak biasa dari Anak Berkebutuhan Khusus (ABK), seperti materi khusus, teknik mengajar, peralatan dan/atau fasilitas tertentu (Kauffman et al., 2018). Misalnya siswa dengan masalah penglihatan akan membutuhkan materi bacaan yang dicetak lebih besar atau huruf *Braille,* siswa dengan masalah pendengaran akan membutuhkan alat bantu dengar dan/atau instruksi menggunakan Bahasa Isyarat, siswa dengan keterbatasan fisik akan membutuhkan peralatan tertentu, siswa dengan gangguan emosi dan perilaku akan membutuhkan kelas yang lebih kecil dan terstruktur, serta anak *gifted* akan membutuhkan akses untuk bekerja secara profesional. Layanan lain seperti asesmen psikologi, terapi okupasi, terapi medis dan konseling juga dibutuhkan untuk pendidikan khusus yang efektif (Broglia, Millings, & Barkham, 2018). Tujuan paling penting dari pendidikan khusus adalah menemukan dan memanfaatkan kemampuan ABK secara maksimal. Pendidikan umum yang baik sekalipun tidak bisa menggantikan pendidikan khusus karena pendidikan khusus secara tepat mengontrol kecepatan, intensitas, struktur, rasio guru dan murid, kurikulum, serta asesmen atau monitoring (Munck, McIlrath, Hall, & Tandon, 2014)

Dua konsep penting ABK dalam pendidikan, yaitu: (1) berbeda secara karakteristik, artinya siswanya memiliki karakteristik yang berbeda dengan siswa pada umumnya, dan (2) membutuhkan pendidikan khusus, artinya membutuhkan pendidikan yang mampu memberikan optimalisasi belajar demi mengembangkan kemampuannya (Kauffman et al., 2018). Klasifikasi ABK menurut IDEA

(*Individuals with Disabilities Education Act*) tahun 2004 terdiri atas: (1) Anak dengan Gangguan Fisik: Tunanetra (*Blindness or Low Vision*), Tunarungu (*Deaf or Hard of Hearing*), dan Tunadaksa (*Physical Disabilities and Other Health Impairments*); (2) Anak dengan Gangguan Emosi dan Perilaku: Tunalaras (*Emotional and Behavioral Disorders*), Tunawicara (*Communication Disorders*) dan Hiperaktif (*Deficit Hyperactivity Disorder*); (3) Anak dengan Gangguan Intelektual: Tunagrahita (*Intellectual Disability*), Anak Lamban belajar (*Slow Learner*), Anak berkesulitan belajar khusus (*Specific Learning Difficulty*), Anak berbakat (*Gifted*), Autisme (*Autism Spectrum Disorders*) dan Indigo.

Pendidikan khusus secara formal di Indonesia diselenggarakan melalui Sekolah Luar Biasa (SLB) dan Sekolah Inklusi. Satuan Pendidikan Luar Biasa dapat diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat dengan mengukuti syarat dan tata cara menurut Undang-Undang yang berlaku dengan pengelolaan pendidikan luar biasa sebagai bagian dari Sistem Pendidikan Nasional merupakan tanggung jawab Menteri, sedangkan untuk Pendidikan Inklusi, Pemerintah mewajibkan setidaknya satu Sekolah Inklusi di setiap Kabupaten/Kota di Indonesia. Ketentuan mengenai Pendidikan Luar Biasa diatur dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 1991 tentang Pendidikan Luar Biasa dan Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2009 tentang Pendidikan Inklusif. Kurikulum penyelenggaraan SLB di Indonesia menggunakan Konsep Pelibatan Keluarga pada Penyelenggaraan Pendidikan dengan tujuan: (1) Meningkatkan kepedulian dan tanggung jawab bersama antara sekolah, keluarga, dan masyarakat terhadap penyelenggaraan pendidikan; (2) Mendorong penguatan pendidikan karakter anak; (3) Meningkatkan kepedulian keluarga terhadap pendidikan anak; (4) Membangun sinergisitas antara sekolah, keluarga, dan masyarakat; dan (5) Mewujudkan lingkungan sekolah yang aman, nyaman, dan menyenangkan (Kemendikbud, 2017).

Itard dan Sequin (seperti dikutip dalam Kauffman & Badar, 2014) memberikan gagasan yang revolusioner mengenai penyelenggaraan pendidikan khusus, yaitu: (1) Instruksi bersifat individual yang lebih mengutamakan karakteristik siswa daripada konten akademik yang sudah ditentukan, serta menyediakan dasar dari teknik pengajaran; (2) Rangkaian berkelanjutan yang

disusun dan dilakukan secara cermat mengenai tugas pendidikan yang diawali dengan tugas-tugas yang biasa dilakukan siswa dan secara bertahap mengarah pada proses belajar yang lebih kompleks, (3) Menekankan pada stimulasi dan membangkitkan indera (perasaan) siswa sehingga lebih sadar dan responsif terhadap stimulus pendidikan yang diberikan, lingkungan dan pengalaman siswa yang secara natural mengarah pada pembelajaran; (4) Pemberian penghargaan secara segera terhadap performa yang diharapkan; (5) Pengajaran pribadi mengenai keterampilan fungsional yang membuat siswa mampu mengurus dirinya sendiri dan produktif dalam kehidupan sehari-hari; dan (6) Keyakinan bahwa setiap siswa harus dididik semaksimal mungkin karena setiap siswa dapat meningkat sampai taraf tertentu. Artikel ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan menjadi inspirasi untuk berbagai pihak yang peduli terhadap Pendidikan Luar Biasa dan Anak Berkebutuhan Khusus yang juga memiliki hak belaja dengan segala keunikannya.

Potret Kontras dan Gambaran Umum Sekolah Luar Biasa Negeri Batam

Sekolah Luar Biasa Negeri (SLBN) Batam adalah satu-satunya SLB Negeri di Batam yang terletak di Jalan Legenda Malaka Baloi, Batam Kepulauan Riau. Data Tahun Ajaran 2019/2020 menunjukkan bahwa jumlah guru sebanyak 18 orang dan siswa 259 orang. Tahun Ajaran 2020/2021 jumlah siswa meningkat menjadi 301 orang dengan jumlah guru tetap 18 orang. Rasio jumlah guru yang kurang ideal (1 berbanding 15 sedangkan idealnya 1 berbanding 4), selain berdampak pada kualitas hasil belajar juga berdampak pada kesejahteraan afektif siswa dan guru. Terkait latar belakang pendidikan guru, SLBN ini pada dasarnya sudah memenuhi kualifikasi sebagai Sarjana Pendidikan Luar Biasa (SPLB) dan Sarjana Psikologi (S.Psi.).

Sama seperti penjenjangan di sekolah umum, SLBN ini terdiri atas jenjang Sekolah Dasar (SD) 6 tahun, Sekolah Menengah Pertama (SMP) 3 tahun serta Sekolah Menengah Atas (SMA) 3 tahun. SLBN ini mengklasifikasikan jenis atau bagian sesuai dengan kebutuhan peserta didiknya, yaitu bagian A untuk kondisi *Low Vision* (keterbatasan penglihatan), bagian B untuk kondisi Tuna

Rungu, bagian C untuk kondisi Tuna Grahita (termasuk *Down Syndrome, Mental Retarded, Autisme* dan sejenisnya), bagian D untuk kondisi Tuna Daksa (keterbatasan/cacat fisik, seperti disabilitas kaki dan tangan, kelainan punggung, lutut, bentuk dada, dan sejenisnya) dan bagian E untuk kondisi Tuna Laras (kesulitan mengontrol emosi dan perilakunya sehingga merugikan dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar). Saat ini bagian E tidak dibuka karena tidak ada siswa yang mendaftar.

Pemerintah Daerah menyatakan bahwa SLB tidak dituntut memenuhi target hasil belajar tertentu, maka ketika semua kebutuhan layanan pendidikan terjadi bersamaan, guru di SLBN ini menggabungkan beberapa kelas sekaligus. Para guru menggabungkan siswa kelas 1, 3 dan 5 SD Bagian B (Tuna Rungu) untuk mempelajari materi kelas 3. Hal ini juga terjadi untuk lintas bagian dengan menggabungkan siswa bagian C (Tuna Grahita) dengan bagian D (Tuna Daksa yang biasanya juga memiliki multidisabilitas dengan Tuna Grahita) dengan jumlah yang kurang ideal. Klasifikasi untuk memasukkan siswa berkebutuhan khusus ke bagian tertentu terkait dengan pembelajaran, juga menjadi permasalahan yang dihadapi guru, terlebih jika seorang siswa adalah penyandang disabilitas yang kompleks (bisa ganda, bisa lebih dari ganda). Misalnya, siswa yang Tuna Grahita ada kemungkinan akan juga menjadi penyandang Tuna Daksa dan/atau Tuna Rungu bahkan *Low Vision* sekaligus Tuna Ganda.

Pemeriksaan fisik dan psikologi menjadi topik krusial yang menjadi bahasan dalam setiap pertemuan. Pihak SLBN mengeluhkan kurang sistematisnya jadwal kunjungan dari Puskesmas yang bekerjasama atau Dinas Kesehatan yang ditunjuk Pemerintah Daerah untuk melakukan pemeriksaan fisik terhadap seluruh murid, termasuk gigi. Ada beberapa pemeriksaan sederhana yang akhirnya dilakukan sendiri oleh guru, seperti membersihkan telinga, kuku, atau mata murid. Selain pemeriksaan yang sifatnya fisik, pemeriksaan psikologi juga masih menjadi hambatan, yang biasanya terkait dengan biaya, waktu dan jumlah tenaga psikologi yang tersedia. Psikolog dan/atau ilmuwan psikologi yang bergerak di bidang pendidikan juga masih terbatas. Padahal pemeriksaan psikologi sangat mereka butuhkan, terutama di awal-awal masa pendaftaran siswa baru, selama masa studi secara berkala, minat bakat untuk selesai studi ataupun ketika akan

mengikuti lomba-lomba. Lomba untuk kategori disabilitas cukup banyak menekankan adanya pemeriksaan psikologi sebagai syarat utama. Pembiayaan untuk mendukung terlaksananya syarat itu tidak dianggarkan dan pihak sekolah terkadang meminta bantuan dari orang tua untuk bersedia berbagi dana. Kendala terjadi pada orang tua yang benar-benar tidak bisa mewujudkan hal itu karena pekerjaannya yang tidak memadai untuk menopang kehidupan sehari-hari.

Tantangan lainnya juga datang dari respon orang tua murid, yang hingga anaknya menginjak SMP belum juga mampu menerima kondisi anaknya yang mengalami disabilitas, sedangkan anak tersebut sudah bersekolah sejak SD. Salah satu bentuknya adalah tuntutan yang kurang realistis terhadap hasil belajar anak dan tuntutan terhadap peran guru yang dirasa masih saja kurang. Misalnya, orang tua akan menanyakan berkali-kali kepada guru dan pihak sekolah mengapa hingga bertahun-tahun sekolah, namun anaknya hanya bisa menghitung sampai hitungan 5 dan menulis hingga huruf C sedangkan anak tetangganya atau saudaranya (yang ideal) tidak demikian. Selama ini guru dan pihak sekolah sudah melakukan upaya-upaya psikoedukasi dengan rutin melakukan pertemuan, komunikasi dan koordinasi, baik melalui program sekolah, program pemerintah bahkan diselipkan melalui wadah Persatuan Orang Tua Murid dan Guru (POMG). Guru dan sekolah juga rutin mengikuti lomba-lomba bagi ABK atau disabilitas untuk meningkatkan rasa penerimaan orang tua dan rasa percaya diri anak.

Tantangan yang sampai saat ini juga masih menjadi bahasan panjang bagi guru, sekolah dan sistem terkait adalah tentang sinkronisasi sistem pembelajaran dan kurikulum. Kompleksitas yang terjadi di sekolah ini membuat kurikulum pembelajaran terkesan sebagai "pajangan" semata karena memang tidak mungkin terkejar semua dan memang banyak yang meleset dari rencana pembelajaran. Berdasarkan arahan dari Dinas Pendidikan setempat, kurikulum pembelajaran untuk SLB adalah mengarahkan anak menjadi wirausaha (*entrepreneur*). Semakin tinggi tingkat pendidikannya (SMA), semakin besar persentase bidang pembelajaran yang mengarah pada profesi pengusaha, konsep penjualan dan pemasaran (*Sales and Marketing*), perusahaan kecil dan wawasan tentang Usaha Mikro Kecil Menengah (UMKM). Langkah ini dilandasi pertimbangan bahwa siswa lulusan SLB akan mampu menjadi pribadi mandiri yang berusaha sendiri,

bahkan tidak menutup kemungkinan untuk menjadi pembuka lapangan kerja bagi sesamanya. Namun, masih ada beberapa orang tua yang belum bisa memahami tujuan kurikulum ini dan masih menganggap bahwa anaknya "hanya" akan menjadi "pedagang", "tukang jualan kue", "tukang bikin sirup" dan *sales*.

SLBN ini juga sudah mengadakan berbagai bentuk kerjasama dengan perusahaan industri agar beberapa dari lulusan mereka mampu bekerja dan berkontribusi di masyarakat. Kawasan Industri Batamindo adalah kawasan industri terbesar di Batam yang cukup banyak menyerap tenaga kerja, termasuk tenaga kerja disabilitas. Tentu saja, lulusan ini disesuaikan dengan kebutuhan, situasi dan kondisi yang ada. Saat ini, yang masih mampu diarahkan untuk bekerja di sektor industri adalah siswa penyandang Tuna Rungu atau Tuna Daksa yang tidak terlalu parah tingkat disabilitasnya. Industri juga sudah menyambut baik ajakan ini dengan menerima beberapa lulusan sebagai pekerja, biasanya sebagai operator di perusahaan manufaktur dan elektronik atau sebagai pramuniaga.

Proses Belajar di Rumah Selama Pandemi Covid-19 bagi Siswa Sekolah Luar Biasa

Ketika hampir semua sekolah untuk siswa regular mengeluhkan tuntutan belajar daring dari rumah, SLB tentu memiliki tantangan yang lebih berat. Bukan hanya dituntut untuk menyelesaikan target materi secara daring, namun juga dituntut membuat inovasi-inovasi baru terkait metode pembelajaran daring serta menerima respon dari orang tua terkait layanan pendidikan yang diberikan. Upaya dalam merespon arahan belajar daring sudah dilakukan oleh guru dan melibatkan orang tua.

Pertama, selama pademi sekolah melakukan pembelajaran daring melalui *WhatsApp* atau *WhatsApp Group* yang dikelola sedemikian rupa untuk dibagikan kepada orang tua murid. *WhatsApp* berisi tentang penjelasan guru kepada orang tua terkait materi pembelajaran harian dan lanjutan materi pembelajaran yang diharapkan bisa dilanjutkan oleh orang tua di rumah. Pembelajaran tersebut antara lain berupa tugas menggambar atau mewarnai buah tomat, kemudian menceritakan bentuk, rasa, warna dan gunanya, lalu jika memungkinkan siswa diminta membantu orang tua dengan memakai buah tomat tersebut sebagai

stimulasi dalam beraktivitas (misalnya memasak, mengupas, mencuci tomat dan sejenisnya).

Cara tersebut adalah satu-satunya cara yang bisa dilakukan untuk menjaga kualitas pembelajaran sekaligus melanjutkan target pembelajaran. Penggunaan aplikasi *WhatsApp* pun masih memiliki keterbatasan yang cukup besar ketika disampaikan kepada orang tua melalui forum diskusi, karena hanya 1-2 orang tua dalam satu kelas yang mampu dan bersedia melakukan pembelajaran melalui *WhatsApp,* itupun masih ada juga yang terkendala dengan kuota. Orang tua lainnya terkendala karena tidak memiliki gawai dengan aplikasi android dan hanya ponsel *monophonic*, yang biasanya disesuaikan dengan pekerjaan orang tua (pedagang, tukang parkir, supir, buruh dan sejenisnya).

Kedua, konsep luring akhirnya diterapkan untuk lebih menunjang konsep belajar berkesinambungan di SLBN ini, dengan melakukan 'jemput bola' yang dilakukan para guru dengan cara mengunjungi murid di rumah satu per satu untuk memberikan layanan pengajaran dan pendidikan. Para guru pada dasarnya sudah menerapkan jadwal piket bergiliran di sekolah meskipun siswa tetap bersekolah dari rumah. Ada harapan dari beberapa orang tua yang juga sudah diakomodasi oleh sekolah terkait kemungkinan dibukanya kesempatan untuk sekolah tatap muka di sekitar bulan September atau Oktober 2020, karena Batam sudah memasuki zona hijau dan tidak pernah diberlakukan PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar). Namun, sekolah dari rumah nampaknya memang masih menjadi pilihan karena Walikota Batam memutuskan mengikuti arahan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan melalui siaran pers Nomor 210/Sipers/A6/VIII/2020 yang berisi himbauan untuk tetap diberlakukannya sistem belajar dari rumah.

Sekolah Luar Biasa sebagai Sistem pada *Setting* Pendidikan bagi Anak Berkebutuhan Khusus

Sistem di *setting* pendidikan merupakan seperangkat komponen yang saling berhubungan dan bergantung dalam proses pendidikan, meliputi *input* (materi pembelajaran, subjek, kurikulum), *process* (strategi belajar, metode selama proses belajar-mengajar), *output* (produk, tujuan, fungsi), serta

feedback (evaluasi). Sesuatu bisa disebut sebagai sistem jika: (1) memiliki fungsi tertentu, (2) terdiri atas banyak komponen yang memiliki fungsi pelaksanaan yang berbeda tetapi secara bersama-sama berkontribusi terhadap sistem, dan (3) komponen-komponen saling berhubungan dan bergantung. Salah satu fungsi dari sistem pendidikan adalah memfasilitasi pembelajaran terencana dalam rangka memenuhi tujuan-tujuan yang diformulasikan dalam bentuk *instructional design*. Setiap sistem juga memiliki beberapa subsistem yang lebih kecil seperti Sistem Pendidikan (*Educational System*) yang didalamnya terdapat Sistem Sekolah (*School Sysitem*) dan Sistem sekolah yang didalamnya terdapat Proses Belajar Mengajar (*Teaching Learning Process*).

Pendekatan sistem dilakukan untuk memecahkan masalah secara sistematis sehingga lebih efektif dan efisien (Hornby, 2015). Analisis sistem di *setting* pendidikan membutuhkan pemetaan komponen-komponen yang mempengaruhi belajar, yaitu: (1) atribut-atribut individual pelajar (latar belakang keluarga, kepribadian, kecerdasan, motivasi, gaya belajar, dsb), (2) kualitas ruang belajar (harapan guru, pengaruh teman, iklim kelas, gaya mengajar, dsb), (3) faktor pada sekolah (hubungan antar guru, rasio guru dan siswa, iklim dan suasana sekolah, fasilitas sekolah, dsb), (4) hubungan sekolah dan masyarakat (komposisi majelis sekolah, persatuan guru, dsb), dan (5) kekuatan pada level nasional (kebijakan pendidikan, media masa, teknologi, dsb). Pembahasan sistem pendidikan akan semakin kompleks mulai dari pelajar secara individual hingga meluas pada level nasional. Pendekatan sistem memungkinkan analisis situasi belajar dan mengajar dalam rangka mengambil kebijakan. Pendekatan ini bertujuan menemukan metode yang paling efisien dan ekonomis dalam menyelesaikan permasalahan pendidikan secara ilmiah (Pratiwi, 2015).

Salah satu pendekatan yang dapat digunakan untuk mengkaji SLB sebagai suatu sistem adalah model Huitt (1995) yang melihat Proses Belajar Mengajar melibatkan berbagai macam komponen yang berhubungan dengan prestasi sekolah. Model ini tidak hanya melibatkan sekolah, kelas, guru dan siswa tetapi juga konteks tambahan lain yang ikut mempengaruhi optimalisasi belajar siswa. Huitt memperhitungkan variabel yang berkaitan dengan ‘konteks’ dan ‘karakteristik siswa dan guru’ (Munck et al., 2014). Konteks merupakan

variabel yang penting untuk dipertimbangkan karena masyarakat mengalami perubahan yang cepat (misalnya dari basis agrikultural menjadi industrial hingga menjadi berbasis teknologi) yang juga memengaruhi bagaimana proses belajar siswa. Pandangan ini melihat siswa sebagai anggota dari beraneka ragam masyarakat yang berpengaruh dan memodifikasi cara dalam proses belajar dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan agar pada akhirnya siswa dapat berfungsi di masyarakat.

Konsep sistem menurut Huitt terdiri atas *Input* (kualitas atau karakteristik dari siswa dan guru yang dibawa dalam proses belajar di kelas), *Classroom Process* (proses yang terjadi di dalam kelas), *Output* (pencapaian belajar diluar kelas) dan *Context* (segala faktor diluar kelas yang berpengaruh terhadap prose belajar mengajar, seperti keluarga, rumah, sekolah dan lingkungan komunitas). Komponen-komponen Sistem berdasarkan Model Huitt meliputi:

1. ***Output*: *Student Achievement***

Hal pertama yang harus diidentifikasi adalah tujuan (*output*) yang akan berpengaruh pada pemilihan variabel prediktor yang penting dalam mencapai tujuan tersebut, misalnya keterampilan atau pengetahuan apa yang diharapkan dari proses belajar. Kurikulum SLBN ini menekankan kewirausahaan (*enterpreneur*) dengan harapan menghasilkan siswa yang berfungsi secara mandiri. Hal ini perlu diselaraskan agar setiap komponen sistem (siswa, guru, orang tua, pemerintah) memiliki tujuan akhir yang sama sehingga proses pembelajaran selama pandemi juga masih sejalan dengan tujuan akhir yang ingin disasar.

2. ***Input*: *Teacher Characteristics* dan *Student Characteristics***

Hal ini merupakan karakteristik atau kualitas guru dan siswa yang dibawa dalam proses belajar mengajar. *Teacher Characteristic* meliputi nilai dan keyakinan, pengetahuan mengenai siswa dan proses belajar mengajar, keterampilan berpikir, berkomunikasi dan performa, serta kepribadian. Guru-guru di SLBN ini memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai disertai kompetensi yang dibutuhkan meskipun jumlahnya belum ideal. *Student Characteristics* meliputi segala ciri siswa yang akan memengaruhi proses belajar

mengajar dan hasil belajar, misalnya usia, jenis kelamin, gaya belajar, ras, motivasi, keadaan sosioemosional, kognitif dan perkembangan. Siswa SLBN ini merupakan siswa berkebutuhan khusus yang memiliki keunikan pada setiap klasifikasi kelas. Kondisi pembelajaran daring selama pandemi perlu memperhatikan perbedaan karakteristik siswa sekolah ini dalam menyusun dan menyelenggarakan proses belajar mengajar.

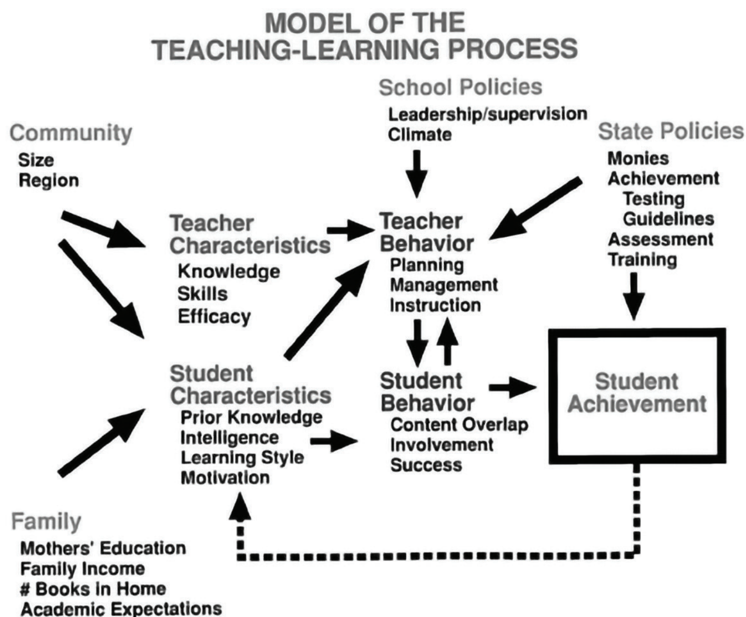
3. ***Classroom Process*: *Teacher Behavior* dan *Student Behavior***

Teacher Behavior meliputi *Planning* (persiapan mengenai interaksi di kelas), *Management* (pengaturan situasi kelas) dan *Instruction* (membimbing proses pembelajaran). Upaya ini telah dilakukan selama pandemi baik secara daring maupun luring meskipun masih dirasakan belum efektif karena belum semua siswa mampu menjangkau metode belajar yang berbeda dari sebelum pandemi. *Student Behavior* meliputi *Content Overlap* (sejauh mana konten yang tercakup dalam tes terstandarisasi selaras dengan konten yang diberikan di kelas), *Student Involvement* (keterlibatan siswa berdasarkan alokasi waktu yang diberikan) dan *Success* (persentase tugas kelas yang mampu diselesaikan siswa dengan keakuratan yang tinggi).

4. ***Context: Family, Community, School Policies* dan *State Policies***

Ini adalah komponen-komponen dalam sistem yang berada di luar kelas yang berdampak pada *input* (karakteristik guru dan siswa), *process* dan *output*. Komponen *family* berupa tingkat pendidikan orang tua, status sosial ekonomi keluarga, serta teknologi di rumah memprediksi *Student Characteristics.* Kurikulum Pendidikan Luar Biasa sudah mengarah pada pelibatan keluarga meskipun dalam praktiknya tidak semua orang tua merespon situasi pandemi ini dengan melakukan upaya yang selaras. *School Policies* berupa karakteristik sekolah, struktur organisasi, kepemimpinan kepala sekolah dan iklim sekolah memprediksi bagaimana *Teacher Behavior,* begitu juga dengan *State Policies* seperti kebijakan belajar daring yang dikeluarkan dalam merespon pandemi. *Community* sebagai variabel yang sangat luas meliputi masyarakat, budaya, institusi religiusitas hingga kondisi internasional merupakan komponen yang

secara langsung juga berdampak pada proses belajar mengajar. Pada kasus ini meliputi ketersediaan praktisi pendidikan, psikolog dan/atau ilmuwan psikologi, dan praktisi kesehatan yang jumlahnya masih terbatas.



Gambar 1. Model Proses Belajar Mengajar

(*Sumber*: Huitt, W. (2003). A transactional framework of the teaching/learning process. Dalam *Educational Psychology Interactive*. Valdosta State University: http://www.edpsycinteractive.org/materials/tchlrnmd.html)

Kondisi pandemi membuat setiap komponen semakin menyadari bahwa kebutuhan belajar siswa SLBN tidak bisa disamakan dengan siswa regular. Tantangan-tantangan yang dihadapi dalam kondisi pandemi juga semakin membutuhkan interaksi antar setiap komponen. Pada kasus SLBN Batam, komponen-komponen sistem seharusnya semakin menyadari perannya sebagai komponen dan pengaruhnya bagi komponen lain dalam sistem, bukan terlalu mengandalkan komponen lain untuk mengatasi tantangan yang dihadapi, sebab permasalahan pada satu komponen dan/atau interaksi antar komponen akan mengganggu sistem secara keseluruhan. Pendidikan khusus bagi siswa berkebutuhan khusus selama masa pandemi membutuhkan peran lebih dari

setiap komponen. Misalnya, ketika pada sekolah regular orang tua menjadi *context* dalam proses belajar mengajar yang memengaruhi *student's characteristic,* maka pada SLBN karakteristik orang tua sangat mungkin menjadi salah satu faktor penting dalam proses pembelajaran lebih-lebih pada pada kondisi belajar daring selama pandemic ini. Keterlibatan orang tua menjadi sangat penting selama proses pembelajaran. Oleh karena itu, perlu dilakukan penguatan pada setiap komponen sistem agar SLBN Batam bisa berjalan sebagai suatu sistem yang efektif dan efisien dalam optimalisasi belajar bagi Anak Berkebutuhan Khusus.

Penutup

Ada beberapa saran untuk mengupayakan terwujudnya kualitas pendidikan bagi siswa yang bersekolah di SLB, terutama di masa pandemi *Covid-19* ini. *Pertama,* saat ini konsep Luring masih menjadi salah satu dari beberapa alternatif solusi yang ditawarkan. Luring memungkinkan terjadinya komunikasi dan kelekatan yang intens antar tiga sumber utama demi tercapainya pendidikan yang berkualitas, yaitu: siswa, orang tua dan guru. Kesediaan guru untuk melakukan kunjungan ke rumah, mencicil bahan ajar dan mengkomunikasikannya kepada orang tua secara nyata memberikan dampak positif bagi terjadinya sebuah proses belajar mengajar, mengingat pada masa pandemi ini tidak mungkin melakukan proses tatap muka, berdiskusi, melakukan *skin to skin contact* di samping adanya keterbatasan untuk melakukan proses pembelajaran daring.

Kedua, memberikan kesempatan kepada siswa untuk hadir di sekolah secara bergiliran dengan protokol kesehatan ketat untuk memenuhi hak belajarnya yang sementara ini mengalami ketertinggalan. Rekomendasi ini tentu saja juga perlu didukung oleh sistem sekolah yang kuat, kesediaan untuk mengatur kehadiran guru piket, penyediaan protokol kesehatan seperti tempat cuci tangan, masker, *handsanitizer* dan sebagainya. SLBN Batam telah memiliki jadwal kehadiran guru piket, namun optimalisasi pelaksanaannya masih perlu dikembangkan karena pelaksanaan jadwal piket ini masih terfokus untuk menyelesaikan tugas guru sehari-hari, urusan kedinasan atau janji pertemuan dengan pihak-pihak tertentu.

Ketiga, menguatkan, memberdayakan dan menggerakkan POMG

(Persatuan Orang Tua Murid dan Guru) yang dalam praktik sudah menunjukkan hasil yang cukup opimal. Guru bisa mengkomunukasikan agenda-agenda atau acara-acara yang akan dilangsungkan secara intensif. Melaui POMG, guru dan pihak sekolah bisa memberikan penguatan bahwa meskipun pandemi membuat siswa menjadi bersekolah dari rumah, namun hal ini masih memberikan dampak yang positif. Orang tua menjadi memiliki waktu yang lebih banyak bersama anak sehingga bisa lebih memahami proses pembelajaran anak. Orang tua juga bisa turun tangan langsung membantu anak dalam proses belajarnya. Semua ini adalah rasa syukur yang juga patut dirayakan (Faradina, 2016).

Keempat, membangun jejaring dengan komunitas, dinas sosial, dinas pendidikan dan pemerhati untuk memenuhi kebutuhan siswa. Pandemi tidak hanya berdampak pada hak belajar siswa tapi juga pada hak untuk tumbuh dan berkembang melalui kebijakan-kebijakan praktis yang disesuaikan dengan karakteristik siswa. Jejaring ini juga bisa dibangun melalui kerja sama dengan Himpunan Mahasiswa dan kampus (untuk kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan melanjutkan studi melalui jalur disabilitas), komunitas, penyintas, klinik, Rumah Sakit, serta perusahaan melalui program *Social Responsibility* atau rekrutmen (untuk penyerapan tenaga kerja disabilitas). Semua ini perlu diupayakan karena pada akhirnya siswa SLBN ini juga akan berkontribusi di masyarakat.

Daftar Acuan

Ariastuti, R., & Herawati, V. D. (2016). Optimalisasi peran sekolah inklusi. *Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*. https://doi.org/10.30653/002.201611.7

Broglia, E., Millings, A., & Barkham, M. (2018). Challenges to addressing student mental health in embedded counselling services: A survey of UK higher and further education institutions. *British Journal of Guidance and Counselling*. https://doi.org/10.1080/03069885.2017.1370695

Faradina, N. (2016). Penerimaan diri pada orang tua yang memiliki anak berkebutuhan khusus. *Jurnal Elektronik Psikologi Universitas Mulawarman*.

Gupta, S. & Gupta, A. (2013). The systems approach in education. *International Journal of Management, MIT Publication, 1* (1), 1-4.

Hallahan, D. P., Kauffman, J.M., & Pullen, P. C. (2014). *Exceptional learners: An introduction to special education* (*12th ed.*). Pearson New International Edition.

Hornby, G. (2015). Inclusive special education: Development of a new theory for the education of children with special educational needs and disabilities. *British Journal of Special Education*. https://doi.org/10.1111/1467-8578.12101

Huitt, W. (2003). A transactional framework of the teaching/learning process: A summary. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta State University.

Huitt, W. & McIlrath, D. (1995). The teaching-learning process: A discussion of models. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta State University.

Kauffman, J. M., & Badar, J. (2014). Instruction, not inclusion, should be the central issue in special education: An alternative view from the USA. *Journal of International Special Needs Education*. https://doi.org/10.9782/2159-4341-17.1.13

Kauffman, J. M., Felder, M., Ahrbeck, B., Badar, J., & Schneiders, K. (2018). Inclusion of all students in general education? International appeal for a more temperate approach to inclusion. *Journal of International Special*

Needs Education. https://doi.org/10.9782/17-00009

Kemendikbud. (2017). *Petunjuk Teknis Pelibatan Keluarga pada Penyelenggaraan Sekolah Luar Biasa.* Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia.

Munck, R., McIlrath, L., Hall, B., & Tandon, R. (2014). *Higher Education and Community-Based Research: Creating a Global Vision*. https://doi.org/10.1057/9781137385284

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 1985 Tentang Jalan. https://doi.org/10.1016/j.aquaculture.2007.03.021

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 1991 tentang Pendidikan Luar Biasa.

Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2009 tentang Pendidikan Inklusif bagi Peserta Didik yang Memiliki Kelainan dan Memiliki Potensi Kecerdasan dan/atau Bakat Istimewa.

Sharma, M. (1985). *Systems approach: Its application in education.* Himalaya Publishing House.

U.S. Department of Education. (2009). *Twenty-eighth annual report to Congress on implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Author.

Yell, M. L., Katsiyannis, A., & Bradley, M. R. (2011). The Individuals with Disabilities Education Act: The evolution of special education law. Dalam J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. Routledge.

Pratiwi, J. C. (2015). Sekolah inklusi untuk anak berkebutuhan khusus: Tanggapan terhadap tantangan kedepannya. *Prosiding Seminar Nasional Pendidikan "Meretas Sukses Publikasi Ilmiah Bidang Pendidikan Jurnal Bereputasi."*

Annisa Sri Wandini, Karta Puspita, & Yuditia Prameswari. ***Covid-19 and (Online) special school. A challenge to those who are special.*** *Special education means specially designed instruction that meets the unusual needs of exceptional students, including special materials, teaching techniques, equipment, or facilities (Kauffman, Felder, Ahrbeck, Badar, & Schneiders, 2018). Batam City in Riau Islands Province is a strategic and industrial city but it has only one Public Special Education school. Based on the 2020/2021 academic year data, the number of students in this school increased from 259 to 301 with 18 permanent teachers, which is not the ideal teacher-student ratio. In the pandemic Covid-19 situation, exceptional students and special education teachers should face challenges so that the teaching and learning process will meet the goals for students' optimization of learning. Several obstacles were found, such as problems with teaching methods, poverty, costs, mobile phones, and quotas. These obstacles should be faced together by all educational components of the system, such as teachers, parents, communities, and governments to get better quality education for the exceptional students in this situation. Online learning using mobile phone application has been chosen to distribute learning materials. Offline learning has been tried as an additional way, especially for low-level economy parents who don't have a mobile phone. Through this article, we hope to give an overview of the learning situation in special education during the pandemic and suggestion to all educational system's components to contribute together.*

Bab 31. Resiliensi sebagai Kunci Kesehatan Mental kala Pandemi

Zakaria Anshari, Clement Eko Prasetio,
& Sarah Aurelia Saragih

Psikologi sebagai cabang ilmu pengetahuan yang mempelajari proses mental dan perilaku manusia dituntut untuk terus memberikan sumbangsihnya pada masyarakat. Terlebih lagi, pada masa pandemi Covid-19 yang sedang berlangsung di seluruh dunia. Masa pandemi dapat digambarkan sebagai suatu masa yang penuh dengan ketidakpastian dan kebingungan (WHO, 2005). Situasi seperti itu tentu akan berpengaruh besar pada kesehatan psikis individu. Giacalone dan rekan-rekannya (2020) juga menyatakan bahwa masa pandemi Covid-19 adalah masa yang berat dan tentu akan mengancam kesehatan psikis pada sebagian besar orang di dunia. Hasil *systematic review* Salari dkk (2020) menegaskan kembali pernyataan WHO (2020) bahwa cukup banyak orang yang mengalami depresi, stres, dan kecemasan selama masa pandemi ini. Memburuknya kondisi psikologis pada masa pandemi kemudian mendorong berbagai perilaku yang mungkin membahayakan diri ataupun orang lain. Salah satu perilaku berbahaya yang perlu diantisipasi pada masa pandemi adalah bunuh diri (Gunnel dkk, 2020). Untuk menghadapi kondisi ini, sumbangan ilmu Psikologi sangat dinantikan dan diharapkan oleh semua pihak.

Peranan ilmu Psikologi menjadi vital karena kekhususannya dalam mempelajari proses mental dan perilaku manusia. Psikologi diharapkan dapat menjadi tonggak terhadap usaha-usaha meningkatkan kesejahteraan manusia secara psikologis selama masa pandemi. Melalui riset-riset dasar psikologi mengenai fungsi psikologis manusia seperti kognisi dan emosi, kita dapat lebih memahami dampak dari pandemi Covid-19 terhadap kondisi-kondisi psikologis. Pemahaman ini akan membantu dilaksanakannya riset-riset terapan untuk memecahkan masalah psikologis selama pandemi. Hasil berbagai riset tersebut dapat menjadi acuan untuk melakukan intervensi psikologis secara

preventif untuk mencegah dampak psikologis dari pandemi Covid-19 maupun secara kuratif untuk mengurangi dampak yang ada.

Masa pandemi Covid-19 merupakan masa yang tidak normal sehingga mendorong atau "memaksa" individu untuk mampu menyesuaikan dirinya dengan cepat. Penyesuaian yang harus dilakukan tentunya sangat banyak, mulai dari semula harus bekerja dan belajar secara tatap muka atau dilakukan secara luring kemudian harus dilakukan secara daring. Lalu, adanya kewajiban untuk tetap di rumah dan menjaga jarak satu sama lain. Akhirnya, harus menyesuaikan diri karena harus beralih pekerjaan atau bahkan kehilangan pekerjaan. Banyak sekali kejadian-kejadian yang berlangsung secara mendadak akibat pandemi ini.

Jika diingat kembali, ketika diumumkan secara resmi adanya kasus pertama Covid-19 di Indonesia pada Maret 2020, masyarakat Indonesia segera dilanda kepanikan yang amat besar. Ketika ada instruksi dari Pemerintah untuk membatasi semua aktivitas di luar rumah, kepanikan masyarakat pun semakin besar. Kepanikan tersebut dapat dilihat dengan adanya kejadian *panic buying* yang sempat muncul pada akhir Maret 2020. *Panic buying* ini membuat stok persediaan barang-barang sempat habis di beberapa toko, seperti masker, *hand sanitizer*, sembako, dan tisu (Halidi, 2020; Putri, 2020b).

Instruksi untuk melakukan seluruh kegiatan dari rumah juga berdampak pada sektor pendidikan dan sektor industri. Dalam sektor pendidikan, ada kesulitan akses belajar bagi siswa, peralihan dari sistem belajar di kelas menjadi pembelajaran daring, dan penyesuaian guru terhadap sistem belajar saat ini. Begitu juga dengan sektor industri, KADIN (Kamar Dagang dan Industri Indonesia) menyebutkan terdapat 15 juta karyawan yang di-PHK di Indonesia yang bisa menjadi faktor penentu perputaran ekonomi Indonesia yang terancam resesi pada *quarter* selanjutnya (Farasonalia, 2020; Shalihah, 2020).

Kejadian-kejadian yang mendadak mengenai pandemi ini bukan hanya terkait perubahan perilaku namun juga terhadap perubahan perspektif masyarakat terhadap mereka yang terkena Covid-19. Muncul stigma-stigma tertentu pada mereka yang terkena Covid-19 yang akhirnya dapat menimbulkan beban tersendiri bagi mereka. Bahkan ada juga peristiwa penolakan jenazah Covid-19 di beberapa daerah di Indonesia, karena masyarakat setempat khawatir akan tertular Covid-19 dari jenazah tersebut (Azanella, 2020; CNN, 2020).

Selain itu, ada juga stigma-stigma yang membuat orang takut pergi mengecek kondisi kesehatan ke rumah sakit, karena takut didiagnosis mengalami Covid-19.

Perubahan perilaku dan perspektif yang sangat mendadak, jumlah angka positif Covid-19 yang terus meningkat setiap hari, dan berlakunya aturan/protokol kesehatan, tentunya menuntut individu mampu beradaptasi dengan cepat. Namun tentu ada individu yang belum bisa beradaptasi dengan cepat sehingga menimbulkan stres bagi mereka. Stres yang berkepanjangan dapat menimbulkan gangguan-gangguan psikis lain, seperti gangguan kecemasan, depresi, PTSD, gangguan panik, dan lain sebagainya (Oltmanns & Emery, 2015). Berbagai gangguan psikologis ini dapat membuat individu tidak optimal dalam menjalankan berbagai aktivitasnya. Misalnya, individu yang mengalami depresi biasanya tidak akan bersemangat dalam melakukan berbagai rutinitas, kemudian merasa diri tidak berharga, merasa diri tidak berdaya, dan bahkan bisa memicu munculnya pemikiran bunuh diri. Contoh lain, individu yang mengalami gangguan kecemasan biasanya sering memiliki pemikiran yang negatif mengenai masa depan, panik, dan merasa cemas secara sangat berlebihan (Oltmanns & Emery, 2015).

Berbagai gangguan psikis ini dapat semakin mempersulit kondisi individu, kondisi keluarga, bahkan secara tidak langsung akan mempersulit kondisi negara yang juga sedang mengalami kesulitan. Maka, agar masyarakat Indonesia tidak mengalami gangguan-gangguan psikis yang parah, perlu dilakukan tindakan preventif dan promotif agar stres yang dialami oleh hampir semua masyarakat Indonesia tidak berkepanjangan dan menimbulkan gangguan psikologis.

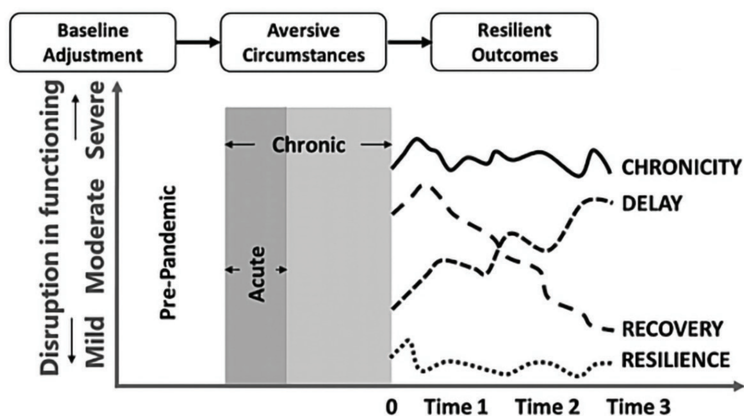
Salah satu cara mencegah munculnya gangguan psikologis adalah dengan meningkatkan salah satu sumber daya positif yang ada dalam diri individu, yakni resiliensi. Resiliensi membantu individu untuk tetap bisa beraktivitas secara normal meskipun sedang menerima berbagai macam tantangan (stres) yang bisa menimbulkan kelelahan psikis dan fisik. Selain itu, resiliensi juga membuat individu kembali memiliki energi psikis agar bisa kembali beraktivitas normal, setelah mengalami keterpurukan psikis bahkan sampai tidak sanggup melakukan berbagai aktivitas harian. Pertanyaannya adalah bagaimana resiliensi yang dimiliki oleh individu di Indonesia dalam menghadapi permasalahan pada

masa pandemi? Kemudian, bagaimana cara menguatkan resiliensi tersebut pada masyarakat Indonesia?

Perspektif Resiliensi mengenai Penyesuaian Psikologis Selama Pandemi Covid-19

Stres berat yang dihadapi oleh individu, seperti stres ketika menghadapi pandemi (SARS, Covid-19, dan sebagainya), menimbulkan berbagai respons psikologis yang berbeda-beda. Ada yang terhambat (*delay*), ada yang terpulihkan setelah sebelumnya terganggu (*recovery*), namun tidak sedikit pula yang menjadi resilien (Chen & Bonanno, 2020). Seperti yang terlihat pada Gambar 1, setiap individu akan memiliki dinamika tersendiri dalam menghadapi stres. Tentunya yang diharapkan adalah individu tetap bisa resilien ketika menghadapi stres. Alasannya, ketika individu resilien terhadap suatu *stressor* (sumber stres) dia tidak akan mengalami kerusakan/disrupsi pada fungsi-fungsi psikologisnya dan cenderung bisa tetap melakukan kegiatan aktivitasnya secara normal (Bonanno, 2004).

Lalu, bagaimanakah resiliensi ini dapat kita bangun? Meski belum banyak penelitian langsung untuk mengukur resiliensi individu atau masyarakat Indonesia dalam menghadapi stres selama pandemi Covid-19, kita dapat berkaca pada penelitian-penelitian sebelumnya yang akan diulas dengan cukup ringan pada bagian-bagian berikutnya.



Gambar 1. *Pemodelan Pola Disrupsi pada Keberfungsian dari Waktu ke Waktu pada Individu (Chen & Bonano, 2020)*

Pada umumnya manusia memiliki resiliensi, yaitu kemampuan adaptif untuk kembali berfungsi secara psikologis setelah dihadapkan pada stres berat. Individu-individu yang resilien lebih umum ditemukan dalam penelitian yang membahas stres berat dibandingkan yang mengalami masalah keberfungsian psikologis (Bonanno, 2004). Misalnya, meskipun SARS lebih berbahaya dibandingkan Covid-19, penelitian pada mereka yang harus dirawat karena virus SARS menunjukkan bahwa kurang-lebih setengah dari penyintasnya dapat pulih dari stres berat dan tetap resilien (Bonanno dkk, 2008).

Dalam masa pandemi ini, diharapkan semua individu memiliki kemampuan untuk resilien. Berkaca dari penelitian-penelitian yang ada, beberapa faktor resiliensi secara khusus menjadi penting untuk diperhatikan pada masa-masa pandemi. Faktor-faktor tersebut dapat dikelompokkan menjadi dua: (1) faktor risiko, yaitu faktor yang dapat membuat individu menjadi kurang resilien, dan (2) faktor protektif, yaitu faktor-faktor yang dapat membantu individu menjadi lebih resilien. Pembahasan tentang faktor-faktor ini akan kita kontekstualisasikan dengan keadaan di Indonesia.

Faktor Risiko

1. ***Konsumsi Informasi Covid-19 Berlebihan.*** Informasi mengenai Covid-19 sudah sangat banyak beredar di masyarakat. Ada berita-berita mengenai prevalensi pasien Covid-19, dampak-dampak pandemi Covid-19 pada berbagai sektor seperti sektor perekonomian, pemerintahan, kesehatan, pendidikan dan juga pembangunan nasional. Selain itu, informasi tersebut juga semakin mudah diakses oleh banyak orang melalui berbagai media, seperti TV, berita, iklan, dan *social media.*

   Begitu banyaknya berita yang disajikan dan kemudahan akses untuk membaca berita tersebut dapat membawa dampak positif dan negatif bagi masyarakat. Konsumsi informasi mengenai Covid-19 dapat bermanfaat untuk menjaga diri selama masa pandemi. Namun, terlalu banyak konsumsi juga dapat berbahaya bagi kondisi psikologis seseorang. Sebuah penelitian di Jerman dengan 6233 partisipan menemukan bahwa batas konsumsi informasi Covid-19 adalah 7 kali dalam 1 hari dan dengan durasi 2,5

jam. Mereka yang mengonsumsi informasi dalam jumlah tersebut mulai menunjukkan gejala umum kecemasan dan depresi pada tingkat sedang (Bendau dkk, 2020).

Survei Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (2018) menunjukkan bahwa terdapat 143 juta pengguna aktif Internet di Indonesia dengan penggunaan paling banyak untuk keperluan *chatting* dan media sosial. Hal ini berpotensi menjadi risiko mengingat tidak dapat dikontrolnya informasi terkait Covid-19 dalam media tersebut. Berbeda dengan stasiun televisi atau media cetak yang dapat diawasi Pemerintah. Informasi-informasi terkait Covid-19 ini bisa membuat seseorang mencemaskan berbagai hal secara berlebihan.

2. ***Berbagai Informasi Berbahaya.*** Faktor lainnya yang perlu dipertimbangkan adalah informasi-informasi berbahaya terkait Covid-19. Di seluruh bagian dunia, kita dapat menemukan rumor tentang Covid-19 yang tidak dapat dipastikan kebenarannya, stigma terhadap kelompok tertentu, dan teori konspirasi yang tidak dapat dipertanggungjawabkan (Islam dkk, 2020). Menurut Islam dkk (2020) ada empat jenis informasi yang cukup berbahaya yaitu: rumor, rumor mengenai penanganan Covid-19, teori konspirasi, dan stigma.

   Jika kita aktif mengikuti tren media di Indonesia, dengan mudah kita dapat membayangkan apa yang dimaksud dengan informasi berbahaya terkait Covid-19, mulai dari keyakinan bahwa Covid-19 adalah konspirasi elit global hingga pengobatan Covid-19 yang disembunyikan. Informasi-informasi ini tidak hanya disebarkan oleh masyarakat umum, namun juga dengan gencar disebarkan oleh para selebriti (Nathaniel, 2020). Jika, kita mundur ke berita yang lebih awal, rakyat dan keturunan etnis Tionghoa seringkali dituding sebagai penyebab tersebarnya Covid-19. Sebagian orang bahkan terang-terangan menyatakan bahwa kelompok ini pantas menderita dengan pandemi yang ada (Simanjuntak, 2020).

   Dampak dari informasi berbahaya ini tidak hanya bertahan di alam pikiran, namun termanifestasi melalui perilaku. Contohnya, sejumlah tenaga medis dan mahasiswa dilaporkan diusir dari indekosnya dengan

alasan bahwa masyarakat sekitar cemas mereka akan menularkan Covid-19 (Putra, 2020). Padahal, tuduhan ini sangat tidak berdasar. Mahasiswa yang menjadi korban pun menjadi sulit melanjutkan kehidupannya dengan normal. Begitu juga dengan tenaga medis, selain kehidupan pribadi mereka menjadi terganggu kejadian seperti ini juga akan menghambat perjuangan mereka di garis depan penanggulangan pandemi.

Dapat disimpulkan, informasi-informasi ini dapat menghambat penyesuaian psikologis seseorang dengan berbagai cara, mulai dari meningkatnya kecemasan hingga perlakuan buruk pada kelompok tertentu seperti kelompok ras yang menjadi kambing hitam atau tenaga medis dan keluarganya yang dianggap berisiko. Lebih buruk lagi, mereka yang terinfeksi Covid-19 akan sulit kembali berfungsi di masyarakat karena stigma yang melekat padanya (Dubey dkk, 2020).

3. ***Pembatasan Sosial.*** Untuk meredam laju penyebaran covid-19 diberlakukan berbagai kebijakan yang membatasi interaksi sosial secara langsung. Hal ini menyebabkan setidaknya dua potensi tantangan psikologis. Pertama, isolasi sosial dan kesepian karena harus membatasi interaksi sosial dengan orang terdekat. *Systematic review* yang dilakukan oleh Loades dan rekan-rekannya (2020) menemukan 63 penelitian yang melaporkan dampak tersebut. Kedua, banyaknya pekerjaan yang hilang karena pembatasan sosial. Mereka yang bekerja di sektor yang membutuhkan interaksi sosial adalah yang paling terdampak. Contohnya, pariwisata, kuliner, dan hiburan. Mereka terpaksa menghentikan atau mengurangi kegiatannya selama masa pandemi. Akibatnya, banyak karyawan di sektor ini terpaksa dirumahkan. Saat kehilangan pekerjaan, seseorang akan ditekan oleh berbagai masalah mental karena masalah finansial (Pharr dkk, 2011). Sebagian orang juga akan merasa bahwa ia kehilangan perannya di masyarakat dan membuatnya merasa tidak berharga.

Relevansi faktor risiko ini dapat dengan mudah kita lihat di Indonesia dengan kembali melihat bagian awal tulisan ini yang menyajikan berbagai kebijakan pembatasan sosial dan meningkat pesatnya jumlah PHK di Indonesia saat pandemi Covid-19. Bagian masyarakat lain yang juga

sangat terdampak psikologisnya adalah mereka yang sedang menempuh pendidikan formal (Wang dkk, 2020; Cao dkk, 2020). Sebuah riset fenomenologi di Indonesia (Irawan dkk, 2020) menemukan bahwa metode belajar daring dirasakan membebani dan tidak menyenangkan oleh para mahasiswa**.**

4. ***Mereka yang Rentan (SES, Usia, Kondisi Keluarga, dan Paparan Ancaman Covid-19).*** Dampak faktor-faktor yang sudah didiskusikan sebelumnya akan dirasakan lebih berat oleh kelompok dengan status sosial ekonomi (SES) rendah (Dubey dkk, 2020; Santos, 2020). Dengan kemampuan finansial yang terbatas, mereka tetap harus mengeluarkan biaya ekstra untuk keperluan menjaga diri dan perubahan gaya hidup selama pandemi. Contohnya, keperluan membeli alat pelindung diri (APD) saat pandemi dan membeli lebih banyak kuota Internet untuk bekerja atau sekolah.

   Pihak yang lebih jelas menjadi rentan adalah mereka yang tidak memiliki rumah saat semua orang diharapkan untuk tetap di rumah. Nasib para gelandangan semakin nahas dalam masa pandemi. Mereka rentan terinfeksi Covid-19 karena tidak dapat berlindung di rumah dan berada di lingkungan yang tidak bersih. Mereka juga tidak memiliki akses yang baik pada fasilitas kesehatan dan informasinya. Selain itu, pada dasarnya mereka juga cenderung memiliki kondisi fisik dan mental yang buruk dibanding populasi umum bahkan sebelum pandemi (Tsai & Wilson, 2020). Perkiraan konservatif menyatakan bahwa di kota-kota besar di Indonesia angka gelandangan mencapai 77.500 orang (Meiliana, 2019). Angka tersebut sudah sangat tinggi dan di lapangan jumlahnya bisa jauh lebih besar dari itu. Menurut data yang ada jumlah penduduk miskin di Indonesia terus menurun tiap tahun, namun populasi penduduk miskin di Indonesia masih cukup tinggi. Saat ini angkanya berada di kisaran 9,41% (BPS, 2019). Dengan banyaknya pekerjaan yang hilang dan memburuknya kondisi ekonomi akibat Covid-19, angka penduduk miskin diperkirakan terus meningkat.

   Kelompok rentan selanjutnya yang perlu mendapat perhatian lebih

adalah mereka yang sudah memiliki masalah kesehatan mental sebelumnya. Masa pandemi dapat memperparah kondisi kesehatan mental mereka. Bagi yang sudah membaik pun masalah kesehatan mentalnya dapat kembali muncul sebagai respon dari berbagai kesulitan yang terjadi di masa pandemi (Chatterjee dkk, 2020).

Dampak psikologis pandemi juga dapat kita analisis pada level keluarga. Mereka yang psikologisnya sangat terdampak pandemi akan kesulitan menjalankan perannya di dalam keluarga. Hal ini akan memperburuk dinamika hubungan yang terjadi di dalam keluarga. Keluarga juga dapat dikategorikan sebagai keluarga yang resilien dan yang tidak (Prime dkk, 2020). Dampak resiliensi keluarga menjadi signifikan terhadap tiap anggota keluarga mengingat selama masa pandemi kita akan lebih banyak berada di rumah. Akibatnya, mereka yang keluarganya tidak resilien menjadi lebih rentan terhadap stress, teutama mereka yang memiliki sejarah kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Maka, tidak mengherankan jika kita melihat berbagai laporan meningkatnya kasus KDRT di berbagai negara, termasuk Indonesia (Tempo, 2020).

Dari segi kelompok usia, terdapat 2 kelompok yang perlu mendapat perhatian lebih terkait kondisi kesehatan mentalnya, yaitu anak-anak dan lansia. Tidak mudah bagi anak-anak untuk memahami situasi pandemi sehingga rasa ketidakpastian mereka pun menjadi lebih tinggi. Pembatasan sosial berupa pembelajaran dari rumah juga dapat meningkatkan stres pada mereka. Selain perlu beradaptasi dengan gaya belajar baru, mereka kehilangan dukungan sosial dari teman sekolah (Wang dkk, 2020). Mereka yang lanjut usia juga memiliki dinamika unik sendiri. Meski menjadi kelompok usia dengan rasio kematian tertinggi akibat infeksi Covid-19, banyak dari mereka yang mengalami kesulitan memahami kondisi pandemi (Doraiswamy dkk, 2020). Terakhir, kelompok yang tentu saja sangat rentan terhadap dampak psikologis dari Covid-19 adalah mereka yang terinfeksi, orang terdekat, dan para pekerja kesehatan yang merawat (Zhu dkk, 2020).

Dampak pandemi Covid-19 bagi kelompok-kelompok ini terpampang jelas dari dinamika penanganan Covid-19 di Indonesia. Per

2 September 2020, sudah terdapat 100 dokter yang meninggal karena terpapar Covid-19. Rasio kematian ini termasuk tinggi jika dibandingkan dengan negara lain. Keadaan ini diperburuk oleh adanya keluhan tentang kekurangan APD, masalah fasilitas, hingga sistem kerja yang berat (Putri, 2020a). Adanya indikasi-indikasi ketidakpercayaan pada pemerintah dalam penanganan Covid-19 dapat menjadi sumber kecemasan lainnya (Bayu, 2020). Kecemasan ini terutama dirasakan pada mereka yang ditangani langsung sebagai korban atau memiliki keluarga sebagai korban.

Faktor Protektif

1. ***Optimisme.*** Optimisme adalah sikap dan ekspektasi individu mengenai hal-hal positif dan menguntungkan bagi dirinya di masa depan (Galatzer-Levy & Bonanno, 2014). Sikap optimisme ini perlu dimiliki oleh setiap individu agar tetap memiliki pengharapan yang baik mengenai masa depannya meskipun saat ini sedang ditimpa berbagai kesulitan. Optimisme dapat membantu individu menemukan alasan untuk tetap berjuang dan menyongsong hari-hari baru.

   Penelitian-penelitian terdahulu tentang stres dan tekanan psikologis menemukan bahwa orang-orang yang optimis memiliki peluang lebih besar untuk menjadi resilien (Sumer dkk, 2005; Galatzer-Levy & Bonanno, 2014). Terlebih kondisi pada masa pandemi Covid-19 yang penuh ketidakpastian dan sering berubah, individu semakin perlu untuk memiliki optimisme agar merasa aman dan tidak cemas. Optimisme berkaitan dengan harapan-harapan yang positif di masa depan. Sikap ini akan mendorong individu untuk tetap bisa bekerja dengan optimal di tengah tekanan, karena memiliki energi psikis dan fisik yang cukup untuk beraktivitas.

2. ***Gaya Hidup Sehat.*** Gaya hidup sehat juga menjadi salah satu faktor yang dapat membuat individu bisa lebih resilien (Killgore dkk, 2020). Aktivitas yang dapat mendorong individu menerapkan gaya hidup sehat adalah berolahraga selama sekitar 45-60 menit secara rutin setiap minggu. Kemudian tidur malam yang cukup, sekitar 7-8 jam. Sebaiknya tidur tidak terlalu larut

malam agar bisa bangun dini di pagi hari. Lalu, juga memakan makanan dengan gizi seimbang. Gaya hidup sehat ini sebaiknya dilakukan secara rutin agar keseimbangan hormonal dan fungsi biologis terjaga. Individu yang lebih resilien dan lebih merasa bahagia memiliki sekresi hormon dopamin dan serotonin yang cukup pada dirinya. Hormon dopamin membantu individu bisa lebih fokus menemukan hal-hal yang membuatnya bahagia. Hormon serotonin membantu individu bisa berpikir dengan lebih jernih, menguatkan memori dan mengatur ritme sirkadian. Kedua hormon ini akan membantu individu untuk bisa merasa lebih bahagia.

Selain kegiatan fisik, gaya hidup sehat juga melibatkan kehidupan spiritual. Kegiatan-kegiatan keimanan (religiusitas dan spiritualitas) yang mendekatkan individu pada Tuhan dapat membantu menciptakan perasaan lebih tenang dan aman di dalam dirinya sehingga dapat terus beraktivitas selama masa pandemi.

3. ***Dukungan Sosial.*** Selain faktor dari dalam diri tiap individu, lingkungan sekitar juga dapat berpengaruh positif pada resiliensi. Mereka yang merasa mendapatkan dukungan sosial dari orang-orang terdekat seperti teman, pasangan, dan keluarga menunjukkan resiliensi yang lebih baik (Killgore dkk, 2020). Manfaat dukungan sosial ini bahkan dapat dirasakan oleh tenaga kesehatan selama pandemi Covid-19 (Hou dkk, 2020). Dukungan sosial sangat membantu individu mengurangi rasa kesepian terisolasi dari lingkungan selama masa pandemi. Dukungan sosial juga membantu individu menyadari bahwa dirinya tidak menghadapi semua ini sendirian.

   Bentuk-bentuk dukungan sosial sendiri sangat beragam, dapat berupa dukungan emosional untuk membantu kestabilan kondisi psikis individu melalui validasi terhadap perasaannya, dapat juga berupa informas-informasi bermanfaat seperti bagaimana cara menghadapi dampak pandemi dan informasi terkait fasilitas sosial yang dapat diakses selama masa pandemi, dan dapat dalam bentuk materi. Yang terakhir ini menjadi penting bagi mereka yang mengalami dampak materiil dari pandemi.

   Dukungan sosial di masa pandemi akan sangat bergantung pada dinamika di keluarga. Memastikan bahwa tidak ada konflik di dalam

keluarga dan bahwa keluarga dapat menggantikan dukungan sosial yang hilang karena pembatasan sosial dapat menjadi penahan dampak stres akibat pandemi. Contohnya, orang tua bisa membantu anak memahami situasi Covid-19 yang mungkin sulit mereka pahami sebelumnya (Prime dkk, 2020). Bukan berarti dukungan sosial lainnya akan hilang begitu saja. Usaha menjaga interaksi selama masa pandemi tetap dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti menggunakan telepon video (Hietanen dkk, 2020).

4. ***Usaha Kolektif dalam Masyarakat.*** Penelitian-penelitian pada bencana alam meunjukkan bahwa lingkungan yang mendukung dapat diangkat hingga level masyarakat luas. Masyarakat yang kohesif dapat menjadi lebih resilien saat menghadapi sebuah bencana (Townsend dkk, 2020). Meski terdapat berbagai informasi tak bertanggung jawab di media sosial, banyak pula bentuk aktivitas masyarakat yang mendukung terbentuknya kohesi berupa aksi-aksi solidaritas yang dilakukan masyarakat selama pandemi. Kegiatan ini beragam mulai dari donasi, membagikan APD, hingga membuat dapur umum bersama (Syambudi, 2020).

Membangun Resiliensi Penduduk Indonesia Saat dan *Post Covid-19*

Masa pandemi yang sulit ini membutuhkan kemampuan masyarakat untuk dapat bangkit kembali secara mental dan mempersiapkan diri terhadap kemungkinan terburuk yang akan terjadi. Secara psikologis upaya menghadapi Covid-19 dapat dibagi menjadi dua segmen, yaitu preventif dan kuratif. Sebagai tindakan preventif, memaksimalkan faktor protektif dan mengurangi faktor resiko adalah salah satu hal yang dapat dilakukan saat ini. Faktor protektif yang dapat dimaksimalkan oleh pemerintah seperti yang telah dijelaskan sebelumnya dapat mempengaruhi respons masyarakat dalam menghadapi Covid-19.

Cara pertama yang bisa dilakukan agar dapat lebih resilien adalah dengan menerapkan gaya hidup sehat yang teratur, seperti berolahraga rutin tiga kali seminggu dengan intensitas 45-60 menit setiap kali berolahraga dan dengan tetap menerapkan protokol kesehatan. Jenis olahraga dipilih bisa berupa

olahraga yang bisa dilakukan di rumah masing-masing (seperti *workout* ringan di rumah) atau kalau ingin di luar rumah, bisa memilih lokasi-lokasi yang tidak banyak orang kemudian dapat berolahraga di tempat itu (seperti *jogging*). Selain berolahraga, perlu mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang dan minum air yang cukup (secara umum dibutuhkan 2 liter air per hari, tergantung aktivitas yang dilakukan). Juga disarankan mengonsumsi air dengan perasan jeruk lemon sebelum sarapan dan sebelum makan siang untuk meningkatkan imunitas. Terakhir, perlu menjaga "kesehatan" spiritual dengan menjalankan ibadah sesuai agama masing-masing dengan khusyuk, mendalami ajaran agama, serta melakukan sejenis praktik meditasi yang disesuaikan dengan ajaran agama masing-masing agar pikiran dan badan menjadi tenang.

Cara kedua sebagai preventif dalam meminimalkan faktor risiko bisa dimulai dengan memanfaatkan kebijakan pemerintah dengan bersinergi bersama profesional sebagai fasilitator bagi masyarakat. Faktor risiko pertama yang perlu dievaluasi oleh pemerintah adalah penyebaran informasi yang berlebihan dan berbahaya di tengah masyarakat. Islam, dkk. (2020) menjelaskan bahwa *infodemic* dapat mengarahkan perilaku masyarakat ke dalam dua spektrum yang saling bertolak belakang, yaitu: (1) tidak mempercayai fakta mengenai Covid-19 dan menjadi tidak mengikuti protokol kesehatan dengan ketat, serta (2) semakin cemas dan menggunakan cara yang tidak masuk akal untuk mengurangi risiko penularan Covid-19. Perbedaan respons ini seharusnya dapat ditanggulangi oleh pemerintah dengan cara mengawasi secara ketat pola penyebaran informasi yang terdapat di masyarakat. Ada empat jenis informasi yang secara langsung dapat dilihat polanya, yaitu rumor, rumor mengenai penanganan Covid-19, teori konspirasi, dan stigma (Islam, dkk, 2020). Keempat jenis informasi ini dapat diawasi oleh pemerintah dan perusahaan media sosial seperti Twitter, Facebook, Instagram, dan portal berita dengan memberikan fakta sesuai hasil penelitian terbaru. Pemberian fakta berdasarkan penelitian terbaru dapat memberikan perbandingan informasi pada masyarakat dengan *authority* pemerintah yang ada sehingga membuat masyarakat menjadi lebih terarah dan tenang dalam menyikapi banyaknya informasi mengenai Covid-19.

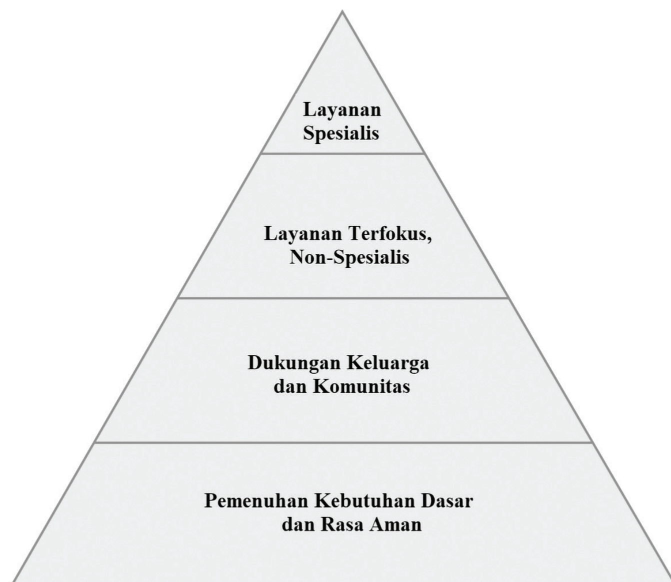
Faktor risiko yang kedua untuk ditangani bersama sebagai bentuk

preventif dampak psikologis adalah persiapan terhadap kebijakan pembatasan sosial. Pemberlakuan kembali kebijakan pembatasan sosial oleh Pemerintah Provinsi DKI Jakarta pada 14 September 2020 menjadi salah satu faktor risiko yang dapat melindungi masyarakat dari keresahan peningkatan angka kasus Covid-19 selama tiga bulan setelah masa PSBB yang pertama. Pembatasan sosial ini tidak hanya berdampak secara fisik karena setiap orang dipastikan harus tetap dirumah, namun juga secara psikologis. Zheng (2020) menjelaskan bahwa ketika diberlakukan *lockdown* di China, terjadi peningkatan *psychological distancing* terhadap virus Covid-19. Intinya, semakin parahnya pandemi namun disertai peraturan PSBB yang ketat akan membuat kecemasan masyarakat terhadap penyebaran virus Covid-19 berkurang.

Tingkat kecemasan masyarakat bergantung pada kondisi SES mereka. Mann (2020) menjelaskan, bahwa masyarakat dengan *economic anxiety* tinggi berasal dari mereka yang berada pada golongan sosio-ekonomi menengah ke bawah akan mengalami *economic anxiety* yang tinggi dan cenderung memiliki *self-esteem* yang rendah ketika dihadapkan dengan pandemi ini. Pemerintah dapat mengevaluasi distribusi bantuan dana bersamaan dengan diberlakkukannya PSBB untuk membantu golongan masyarakat ini. Penyaluran bantuan dana dengan birokrasi yang dipermudah diharapkan dapat mengurangi kecemasan masyarakat terkait salah satu kebutuhan dasar mereka, yaitu pangan.

PFA sebagai Alternatif dalam Membangun dan Menguatkan Resiliensi Individu

Solusi yang ditawarkan untuk membangun resiliensi masyarakat secara umum dalam mengurangi dampak psikologis pandemi adalah *Psychological First Aid* (PFA). PFA dapat membantu menumbuhkan rasa aman, keterhubungan, efikasi diri dan kelompok, ketenangan, dan harapan yang akan memudahkan transisi seseorang kembali ke masa normal (Hobfoll dkk, 2007). Semua ini dapat membangun dukungan sosial dan usaha kolektif yang baik dalam masyarakat selama masa pandemi. Sebagaimana telah dibahas, dukungan sosial dan usaha kolektif menjadi faktor protektif yang penting bagi resiliensi.



Gambar 2. Piramida pemenuhan kebutuhan intervensi bagi tenaga kesehatan (IASC, 2007).

PFA berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dan rasa aman hingga layanan terfokus yang bersifat non-spesialis. PFA harus dapat memberikan tiga hal bagi individu, yaitu: (1) ***Safety,*** seperti memberikan informasi yang benar dan bisa dipercaya; (2) ***Function,*** seperti mendengarkan aktif individu, menerima perasaannya, mengajaknya melakukan relaksasi, *grounding*, serta menanyakan pihak lain yang diinginkan oleh individu untuk diberitahu atau dihubungi; dan (3) ***Action,*** seperti menghubungkan individu dengan layanan lanjutan dan mendorongnya untuk kembali pada aktivitas rutin.

PFA dapat diberikan kepada masyarakat umum dan dapat dilakukan oleh masyarakat awam yang sudah dilatih. PFA cocok untuk setting klinis dan nonklinis sehingga *first responders* dapat memberikan tanggapan apabila terdapat orang yang diketahui merasakan hal tidak nyaman secara psikologis akibat Covid-19. Jika dilihat berdasarkan Gambar 2 PFA dapat diberikan pada tahap dasar (pemenuhan kebutuhan dasar dan rasa aman) serta tahap dua (dukungan keluarga dan komunitas). Letak PFA yang sangat mendasar, menandakan bahwa PFA dapat mencegah munculnya gangguan psikis pada individu dan membantu

individu untuk mengatasi permasalahannya secara psikis.

Secara konseptual, PFA dapat meningkatkan resiliensi individu, sebab pada dasarnya PFA mencoba memberikan rasa aman kepada individu dan membantu memberikan kenyamanan agar dapat lebih tenang dan berpikir lebih jernih. PFA juga menyediakan dukungan sosial kepada mereka yang memang membutuhkannya. Individu yang sudah mendapatkan rasa aman, mendapatkan dukungan sosial, dan juga dapat sedikit lebih tenang dan berpikir jernih, bisa kembali menjalankan aktivitasnya dan kembali menjadi individu yang resilien.

Di awal sudah dijelaskan bahwa PFA bisa diberikan oleh siapa pun asalkan sudah terlatih untuk melakukan itu. Pelatihan PFA dapat diberikan oleh pemerintah maupun oleh berbagai lembaga psikologi atau kebencanaan sebaiknya diberikan secara gratis kepada pihak-pihak yang dipandang penting menguasai teknik PFA, meliputi guru-guru di sekolah, para pemangku jabatan di perusahaan/pemerintahan, serta para orang tua. Mereka dianggap penting untuk mengetahui teknik PFA karena memiliki banyak "pengikut" seperti karyawan, anak, atau murid yang rentan mengalami stres.

Dengan diberdayakannya masyarakat untuk membantu menghadapi permasalahan psikologis, profesional dapat berfokus pada masalah-masalah yang lebih berat. Fokus ini menjadi sangat penting untuk diberikan mengingat terbatasnya jumlah profesional di bidang kesehatan mental dan meningkatnya permasalahan mental selama pandemi.

A Screen-and-treat Approach: Optimalisasi dan Efisiensi pada Tenaga Bidang Psikologi

Salah satu hal utama yang harus dilakukan adalah *screening* kesehatan mental. *Screening* kesehatan mental bertujuan mengetahui situasi masyarakat Indonesia secara psikologis. Pengetahuan ini dapat menjadi dasar pemetaan bantuan dan penugasan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan. Selain itu, *screening* juga bermanfaat untuk mengurangi dampak psikologis ringan serta mencegah dampak yang semakin parah. *Screening* kesehatan mental secara masif sangat dibutuhkan untuk menyediakan data *tracing* kebutuhan konselor bagi masyarakat di Indonesia. *Screening* bisa dilakukan menggunakan kuesioner PHQ-4, *Primary*

Care for PTSD Screener, BDI, SRQ-20, Covid-19 *Stress Scale, Coronavirus Anxiety Scale, Depression Anxiety Stress Scale* atau lainnya yang sudah divalidasi pada konteks Indonesia. Data hasil *screening* dapat dimanfaatkan oleh pemberi layanan psikologis untuk optimalisasi layanan dalam berbagai bentuk, misal pemberian konten kesehatan mental secara masif di media sosial yang langsung menyasar pada perilaku umum masyarakat selama pandemi serta optimalisasi *counselor* dengan penyesuaian terhadap kebutuhan masyarakat.

Bagi **warga masyarakat** yang keberfungsiannya sudah terganggu dan telah mendapatkan *screening,* tenaga kesehatan mental dapat melakukan *A Screen-and-treat Approach.* Pendekatan ini didesain untuk menangani PTSD, tetapi tetap bisa digunakan pada masa pandemi terutama pada mereka yang sudah terdampak karena kehilangan anggota keluarga semasa pandemi atau kecemasan yang berlebihan terhadap situasi saat ini. Konsep pendekatan ini adalah sebagai berikut: mereka yang telah menjalani *screening* dengan alat ukur terkait Covid-19 yang telah divalidasi dan mendapatkan hasil yang mengindikasikan adanya gangguan mental, langsung diarahkan kepada Psikolog untuk mendapatkan asesmen klinis yang lebih komprehensif. Proses ini dapat dibantu dengan adanya *helpline* yang siap siaga selama 24 jam untuk menyediakan saran-saran umum dan memberikan rekomendasi melalui pelayanan psikologis yang tersedia.

Pendekatan ini sangat baik dilakukan karena bisa mengurangi beban tenaga kesehatan (*health care providers*) yang bertugas melakukan asesmen kesehatan mental, mengimplementasikan *stepped-care interventions* atau *triaged* yang efisien dan ekonomis ke sistem kesehatan yang dapat dimanfaatkan secara langsung oleh banyak orang, serta membatasi penyebaran infeksi ketika penyedia layanan kesehatan mental bertemu secara langsung dengan klien. Pendekatan ini bisa dilakukan secara *online* melalui sinergi antara penyedia layanan jasa psikologi yang sekarang sudah banyak di Indonesia seperti Riliv, Ibunda, dan lainnya dengan HIMPSI. Di HIMPSI pun sudah ada *hotline* khusus untuk konsultasi *online* yaitu Sejiwa (dengan nomor 119 ext. 8). Pemberian intervensi yang menyeluruh diharapkan dapat membantu masyarakat Indonesia memiliki resiliensi dalam menghadapi pandemi ini dan memenuhi kebutuhan psikologis sesuai dengan kondisi mereka masing-masing.

Penutup

Masa pandemi merupakan masa yang sulit bagi setiap penduduk Indonesia. Masa yang sulit ini memperbesar peluang timbulnya berbagai permasalahan psikologis, seperti stres akut, depresi, gangguan kecemasan, dan lain sebagainya. Untuk mencegah agar hal-hal tersebut tidak terjadi atau menjadi semakin parah, maka perlu ada sesuatu yang bersumber dari internal diri untuk mencegahnya, yakni resiliensi.

Resiliensi sebagai daya yang dimiliki setiap individu untuk tetap stabil secara psikologis meskipun mengalami berbagai permasalahan berat, harus dimiliki dan harus dikuatkan kembali pada masa-masa sulit ini. Dengan menguatnya resiliensi maka diharapkan masyarakat Indonesia dapat bangkit dari keterpurukan, kembali beraktivitas, dan memiliki mental yang sehat selama pandemi ini berlangsung.

Untuk menguatkan kembali resiliensi pada warga masyarakat Indonesia, ada beberapa hal yang dapat diperhatikan, yaitu faktor risiko dan faktor protektif bagi resiliensi itu sendiri. Faktor risiko yang dapat memperlemah resiliensi adalah informasi mengenai Covid-19 yang berlebihan, informasi yang berbahaya, kelompok-kelompok rentan terkena Covid-19, dan pembatasan sosial. Faktor protektif dapat meningkatkan resiliensi individu adalah kelompok yang kohesif, optimisme, dukungan sosial dari berbagai pihak, dan kondisi keluarga yang baik. Kedua faktor ini bisa menjadi fokus perhatian bagi semua pihak jika akan meningkatkan atau menguatkan resiliensi individu dalam masa pandemi seperti ini.

Salah satu cara yang bisa menguatkan resiliensi adalah pemberian PFA (*psychological first aid*) kepada mereka yang sedang mengalami krisis secara psikologis. PFA dapat diberikan oleh semua pihak yang terlatih. Pelatihannya pun tidak memakan waktu lama. Maka, PFA bisa menjadi salah satu jalan untuk meningkatkan resiliensi pada masyarakat. PFA juga bisa membantu mengurangi beban tenaga profesional (seperti konselor maupun psikolog), karena PFA bisa membantu mencegah agar masalah psikis ringan yang dialami warga masyarakat tidak menjadi gangguan psikopatologis.

Akhir kata, meskipun masa pandemi ini dirasakan berat oleh semua orang, bukan berarti kita tidak bisa melewatinya dengan baik. Psikologi sebagai cabang ilmu pengetahuan serta semua pihak yang mempelajari Psikologi secara khusus dituntut membantu orang lain agar bisa bersama-sama melewati masa yang menantang bagi semua orang ini. Dengan kekhasan ilmunya, Psikologi dituntut mampu menjaga kesehatan mental masyarakat di tengah pandemi ini. Maka, marilah bekerja sama melewati ini semua. Bersama, kita sehatkan jiwa-raga dan Indonesia! Salam.

Daftar Acuan

Asosiasi Jasa Penyelenggara Internet Indonesia. (2018). Hasil survei penetrasi dan perilaku pengguna internet Indonesia 2018. *APJII*. https://apjii.or.id/survei

Azanella, L. A. (2020, April). Penolakan jenazah pasien Covid-19, mengapa bisa terjadi? *Kompas*. https://www.kompas.com/tren/read/2020/04/13/110821765/penolakan-jenazah-pasien-covid-19-mengapa-bisa-terjadi?page=all

Badan Pusat Statistik. (2019, Juli). Berita resmi statistik. *Bps.Go.Id*, 27, 1–52. https://papua.bps.go.id/pressrelease/2018/05/07/336/indeks-pembangunan-manusia-provinsi-papua-tahun-2017.html

Bayu. (2020, April). Kepercayaan publik terhadap kemampuan pemerintah tangani Corona Turun. *Katadata*. https://katadata.co.id/happyfajrian/berita/5ea28cd4b4d76/kepercayaan-publik-terhadap-kemampuan-pemerintah-tangani-corona-turun

Bendau, A., Petzold, M. B., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., & Plag, J. (2020). Associations between Covid-19 related media consumption and symptoms of anxiety, depression and Covid-19 related fear in the general population in Germany. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 1–9. Advance online publication.* https://doi.org/10.1007/s00406-020-01171-6

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20–28. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20

Bonanno, G. A., Ho, S. M. Y., Chan, J. C. K., Kwong, R. S. Y., Cheung, C. K. Y., Wong, C. P. Y., & Wong, V. C. W. (2008). Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the sars epidemic in Hong Kong: A latent class approach. *Health Psychology*, *27*(5), 659–667. https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.5.659

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020).

The psychological impact of the Covid-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, *287*, 112934. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934

Chatterjee, S. S., Barikar C, M., & Mukherjee, A. (2020). Impact of Covid-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian journal of psychiatry*, *51*, 102071. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102071

Chen, S., & Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of Covid-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*, 51–54. https://doi.org/10.1037/tra0000685

CNN Indonesia. (2020). *Ditolak warga Aceh Besar, pemakaman jenazah Covid dipindah*. CNN Indonesia. https://www.kompas.com/tren/read/2020/04/13/110821765/penolakan-jenazah-pasien-covid-19-mengapa-bisa-terjadi?page=all

CNN Indonesia. (2020). *Bukan 2 Juta, Kadin sebut korban PHK akibat Corona 15 juta*. CNN Indonesia. https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20200501181726-92-499298/bukan-2-juta-kadin-sebut-korban-phk-akibat-corona-15-juta

CNN. (2020). Alasan psikologi di balik 'panic buying'. CNN. https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20200322161747-284-485813/alasan-psikologi-di-balik-panic-buying

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of Covid-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews.* doi:10.1016/j.dsx.2020.05.035

Doraiswamy, S., Cheema, S., & Mamtani, R. (2020). Older people and epidemics: A call for empathy. *Age and ageing*, *49*(3), 493. https://doi.org/10.1093/ageing/afaa060

Farasonalia, R. (2020). Curhat siswa di Jateng soal belajar daring, mulai sulit sinyal hingga tak ada kuota. *Kompas*. https://regional.kompas.com/read/2020/07/23/09005991/curhat-siswa-di-jateng-soal-belajar-daring-mulai-sulit-sinyal-hingga-tak-ada?page=all

Galatzer-Levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2014). Optimism and death: Predicting the course and consequences of depression trajectories in response to heart attack. *Psychological science*, *25*(12), 2177–2188. https://doi.org/10.1177/0956797614551750

Giacalone, A., Rocco, G., & Ruberti, E. (2020). Physical health and psychosocial considerations during the Covid-19 outbreak. *Psychosomatics*, *March*, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.07.005

Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., & Appleby, L. (2020). Suicide risk and prevention during the Covid-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. doi:10.1016/s2215-0366(20)30171-1

Halidi, R. (2020). *Panic buying! Ini barang paling dicari setelah indonesia positif Corona*. Suara. https://www.suara.com/lifestyle/2020/03/03/113019/panic-buying-ini-barang-paling-dicari-setelah-indonesia-positif-corona?page=all

Hietanen, J. O., Peltola, M. J., & Hietanen, J. K. (2020). Psychophysiological responses to eye contact in a live interaction and in video call. *Psychophysiology*, *57*(6), e13587. https://doi.org/10.1111/psyp.13587

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the Covid-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, *7*(6), 547–560. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1

Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PloS one*, *15*(5), e0233831. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. IASC.

Irawan, A., Dwisona, D., & Lestari, M. (2020). Psychological impacts of students on online learning during the pandemic Covid-19. *KONSELI : Jurnal Bimbingan dan Konseling*, *7*, 53-60. 10.24042/kons.v7i1.6389.

Islam, M. S., Sarkar, T., Khan, S. H., Mostofa Kamal, A.-H., Hasan, S., & Seale, H. (2020). Covid-19–related infodemic and its impact on public health: A global social media analysis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1–9. https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812

Killgore, W., Taylor, E. C., Cloonan, S. A., & Dailey, N. S. (2020). Psychological resilience during the Covid-19 lockdown. *Psychiatry research*, *291*, 113216. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216

Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of Covid-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* doi:10.1016/j.jaac.2020.05.009

Mann, F. D., Krueger, R. F., & Vohs, K. D. (2020). Personal economic anxiety in response to Covid-19. *Personality and Individual Differences, 167*, 110233. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110233

Meiliana. (2020). Diperkirakan ada 77.500 Gepeng di kota-kota besar di Indonesia. *Kompas*. https://nasional.kompas.com/read/2019/08/22/21281421/diperkirakan-ada-77500-gepeng-di-kota-kota-besar-di-indonesia

Nathaniel, F. (2020, Mei). Sesat pikir teori konspirasi Deddy, Young Lex, dan Jerinx. *Tirto.Id*. https://tirto.id/sesat-pikir-teori-konspirasi-deddy-young-lex-dan-jerinx-ffR4

Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2015). *Abnormal psychology* (8th ed.). Pearson Education Limited. https://doi.org/10.1083/jcb.201311094

Pharr, J. R., Moonie, S., & Bungum, T. J. (2012). The impact of unemployment on mental and physical health, access to health care and health risk behaviors. *ISRN Public Health*, 1–7. doi:10.5402/2012/483432

Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the Covid-19 pandemic. *American Psychologist, 75*(5), 631-643. http://dx.doi.org/10.1037/amp0000660

Putra. (2020). Dokter dan perawat RS Persahabatan diusir dari kos di tengah pandemi Covid-19. Liputan6. https://www.liputan6.com/news/read/4210702/dokter-dan-perawat-rs-persahabatan-diusir-dari-kos-di-tengah-pandemi-covid-19

Putri. (2020a, Maret). Angka kematian dokter tinggi, IDI: Bukan hanya soal APD kurang. *Tirto.Id*. https://tirto.id/angka-kematian-dokter-tinggi-idi-bukan-hanya-soal-apd-kurang-f217

Putri, C. A. (2020b, Maret). Peritel blak-blakan ada 3 kali *panic buying* gegara corona. *CNBC Indonesia*. https://www.cnbcindonesia.com/news/20200320104453-4-146366/peritel-blak-blakan-ada-3-kali-panic-buying-gegara-corona

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, *16*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w

Santos, R. (2020). Isolation, social stress, low socioeconomic status and its relationship to immune response in Covid-19 pandemic context. *Brain, behavior, & Immunity-Health*, *7*, 100103. https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100103

Simanjuntak. (2020, April). Riset Covid-19: Sikap menyalahkan orang lain dominan di percakapan Twitter di Indonesia dan Malaysia. *Conversation.Com*. https://theconversation.com/riset-covid-19-sikap-menyalahkan-orang-lain-dominan-di-percakapan-twitter-di-indonesia-dan-malaysia-137385

Sumer, N., Karanci, A. N., Berument, S. K., & Gunes, H. (2005). Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of traumatic stress*, *18*(4), 331–342. https://doi.org/10.1002/jts.20032

Syambudi, I. (2020, April). Aksi solidaritas pandemi Corona: Dapur umum hingga donasi Rp50 juta. *Tirto*. https://tirto.id/aksi-solidaritas-

pandemi-corona-dapur-umum-hingga-donasi-rp50-juta-eJVL

Tempo. (2020, Juli). KDRT meningkat di Asia akibat 'Lockdown' Covid-19, termasuk di Indonesia. *Tempo* https://www.tempo.co/abc/5792/kdrt-meningkat-di-asia-akibat-lockdown-covid-19-termasuk-di-indonesia

Townshend, I., Awosoga, O., Kulig, J., & Fan, H. (2014). Social cohesion and resilience across communities that have experienced a disaster. *Natural Hazards*, *76*(2), 913–938. doi:10.1007/s11069-014-1526-4

Tsai, J., & Wilson, M. (2020). Covid-19: a potential public health problem for homeless populations. *The Lancet. Public health*, *5*(4), e186–e187. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30053-0

Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the Covid-19 outbreak. *Lancet (London, England)*, *395*(10228), 945–947. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X

World Health Organization. (2005). *WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning*. WHO.

Zheng, L., Miao, M., Lim, J., Li, M., Nie, S., & Zhang, X. (2020). Is lockdown bad for social anxiety in Covid-19 regions?: A national study in the SOR perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(12), 1–12. https://doi.org/10.3390/ijerph17124561

Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., & Wang, W. (2020). Covid-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *Clinical Medicine, 24, 100443.* doi:10.1016/j.eclinm.2020.100443

Zakaria Anshari. *Reselience as a key to mental health during the pandemic.* *Pandemic is a difficult situation for everyone in Indonesia. Difficult times raises the risk of for psychological problems such as acute stress, depression, and anxiety disorder. To prevent this problem from occurring, each individual needs to develop resilience resources to remain psychologically stable despite experiencing many serious problems. By utilizing psychological researches and analysing the phenomena in Indonesia, this article aims to discuss what factors can increase the risk of psychological problems and what factors can strengthen resilience. The influence of information related to Covid-19, the impact of social restrictions, the environment that supports resilience, and which groups are vulnerable and tend to be resilient are discussed in this article. Finally, this article offers several solutions. Starting from how to reduce risk factors and strengthen protective resilience factors, professionals focus on severe cases with a screen and treat approach, as well as providing psychological first aid for the general population.*

----

bagian 5

Epilog

Bab 32. Aspek Budaya dalam Kesehatan Jiwa

M.A. Subandi

Pengantar

Budaya tidak bisa dipisahkan dalam kehidupan. Manusia hidup dan berkembang dalam budaya, namun sekaligus manusia menciptakan dan mengubah budaya tersebut. Oleh karena itu, dalam mengkaji semua aspek dalam kehidupan manusia tidak bisa dipisahkan dengan budaya, termasuk aspek psikologi.

Ketidakterpisahan antara psikologi dan budaya dapat ditelusuri pada bapak psikologi modern, yaitu Wilhem Wundt. Pada umumnya, Wundt dikenal dengan laboratorium eksperimennya di Leipzig, Jerman. Namun, jika ditelusuri lebih detail lagi, ternyata Wundt juga mempunyai peranan dalam pengembangan bidang kajian psikologi yang terkait budaya. Dalam catatan sejarah hidupnya, Wundt pernah menerbitkan sepuluh jilid buku yang berjudul *Völkerpsychologie*. Dalam buku tersebut, Wundt menjelaskan bahwa *Völkerpsychologie* berusaha mengkaji 3 topik terkait ekspresi dari jiwa manusia, yaitu bahasa, mitologi, dan tradisi (Araujo, 2019). Sayangnya, buku *Völkerpsychologie* ini hanya memiliki pengaruh yang terbatas. Dengan demikian, peranan Wundt di bidang psikologi dan budaya tidak begitu dikenal. Ia kalah populer dibandingkan dengan laboratorium psikologi eksperimennya. Namun, jejak Wundt di bidang psikologi dan budaya terlihat pada seorang mahasiswanya yang bernama Franz Boas, seorang antropolog di Universitas Columbia. Boas menantang beberapa muridnya, seperti Ruth Benedict dan Margaret Mead, untuk mempelajari fenomena psikologis dalam budaya non-Barat seperti Jepang, Samoa, dan Papua. Karya-karya Ruth Benedict dan Margareth Mead inilah yang kemudian memacu perkembangan bidang antropologi psikologi (*psychological anthropology*). Oleh karena itu, Diriwachter (2004, 2012) menyebut *Völkerpsychologie* sebagai *the historical predecessor to cultural psychology*, atau sebagai sebagai *the grandfather of*

cultural psychology

Aspek budaya dalam kesehatan jiwa juga telah menjadi perhatian para ahli di bidang psikiatri sejak awal. Emil Kraepelin, bapak psikiatri modern, mulai menaruh perhatian pada aspek budaya diawali ketika berkunjung ke Indonesia di awal abad 20. Beliau mengadakan penelitian di RSJ Bogor dan menemukan bahwa pasien gangguan jiwa yang disebutnya sebagai *dementia praecox* ternyata memiliki karakteristik yang berbeda dengan pasien di Eropa (Pols, 2006). Meskipun kunjungan Kraepelin ini dikritik sebagai sangat singkat dan kurangnya pengalaman yang cukup di Indonesia (Browne, 1999), Zaumseil dan Lessmann (1995) menyatakan bahwa Kraeplin adalah orang pertama yang mengamati gangguan jiwa di luar negara Barat.

Saat ini, literatur mengenai penelitian lintas budaya terhadap gangguan jiwa tumbuh dengan sangat pesat. Terdapat dua jurnal internasional yang memberikan perhatian besar pada pengembangan bidang ini, yaitu *Transcultural Psychiatry* dan *Culture, Medicine, and Psychiatry.* Ribuan penelitian, monograf, dan publikasi buku sudah banyak yang tersedia. Kunjungan Kraepelin ke Indonesia ini menjadi salah satu pendorong munculnya minat kajian psikiatri dan budaya. Selanjutnya muncul beberapa asosiasi professional, seperti *World Association of Cultural Psychiatry*, *Society for the Study of Psychiatry and Culture,* dan *Transcultural Psychiatry Section* yang berada di bawah *World Psychiatric Association*.

Gambaran di atas menggambarkan sangat jelas bahwa sejak awal perkembangannya, psikologi maupun psikiatri selalu memperhatikan aspek budaya. Budaya dalam hal ini tidak hanya menyangkut hal-hal yang tampak jelas dalam kehidupan sehari-hari; seperti tradisi masyarakat, pakaian, makanan, berbagai bentuk karya seni dan kreativitas; juga produk teknologi yang terlihat jelas, seperti bangunan, teknologi, alat transportasi; namun yang lebih penting lagi budaya juga menyangkut sistem keyakinan dan kepercayaan, agama, mitologi, dan nilai-nilai moral. Kroeber dan Kluckhin (dalam Berry dkk., 1999) mengartikan budaya sebagai pola-pola perilaku manusia, baik eksplisit atau implisit, yang diperoleh manusia dari generasi sebelumnya melalui simbol-simbol. Ratner (2008) menyebutkan bahwa budaya bukan hasil dari mekanisme alami,

tetapi dibangun oleh manusia sendiri. Budaya adalah hasil karya manusia yang diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Sebagai produk buatan manusia, budaya tidak bersifat statis, tetapi selalu dinamis dan dapat berubah dari waktu ke waktu.

Tulisan ini secara garis besar akan melihat kaitan antara kesehatan jiwa dan budaya dari dua sisi, yaitu gangguan jiwa dan psikoterapi.

Gangguan Jiwa dan Budaya

Masalah gangguan jiwa tidak dapat dijelaskan atas dasar disfungsi otak saja. Lingkungan di mana gangguan itu berkembang memiliki dampak besar. Menurut Gureje dkk. (2020), budaya memainkan peran yang sangat menonjol dalam berbagai aspek gangguan jiwa. Budaya memengaruhi bagaimana suatu masyarakat mengonseptualisasi tentang apa yang disebut sebagai perilaku normal dan perilaku yang mengalami gangguan (menyimpang). Lebih jauh lagi, budaya memengaruhi bagaimana ekspresi dari gangguan itu, bagaimana perilaku mencari bantuan, serta bagaimana mengatasi (terapi) gangguan itu

Ada dua isu penting terkait gangguan jiwa yang akan dibahas dalam tulisan ini, yaitu aspek budaya dalam klasifikasi gangguan jiwa dan aspek budaya dalam manifestasi gangguan jiwa.

Budaya dalam Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi gangguan jiwa modern di dunia internasional yang pertama muncul adalah bagian dari ICD (*International Classification of Diseases*) yang dikeluarkan oleh WHO. ICD merupakan klasifikasi semua jenis penyakit fisik. Gangguan (penyakit) jiwa pertama kali dimasukkan sebagai sebagai bagian klasifikasi jenis penyakit adalah pada ICD-6 yang terbit tahun 1948. ICD selalu mengalami revisi dalam rentang waktu tertentu. ICD-7 terbit pada tahun 1955, ICD-8 tahun 1965, ICD-9 tahun 1975, dan ICD 10 terbit pada 1990. Di dalam ICD-10 klasifikasi gangguan jiwa diberi kode F, ditambah dengan nomer gangguan. Misalnya gangguan depresi F30. Di dalam ICD 11, yang terbit tahun

2018, kode huruf sudah dihilangkan. Gangguan jiwa sebagian besar dimasukkan dalam Section 6. Terkait dengan aspek budaya dalam ICD 10 dan PPDGJ III terdapat suatu klasifikasi gangguan yang mempunyai unsur budaya yang kuat yang dikategorikan dalam gangguan trans dan kesurupan (F 44.3). Selain itu, ICD-10 juga mencantumkan berbagai bentuk gangguan yang disebut dengan *culture bound syndrom* (WHO, 1993)

Sebagai alternatif klasifikasi gangguan jiwa, APA (*American Psychiatric Association*) menerbitkan DSM-I (*Diagnosis and Statistical Manual*) pada tahun 1952, DSM-II terbit pada tahun 1968, sementara DSM-III tahun 1980, dan DSM-IV tahun 1990 (Alarcón, 2009). DSM-5 yang terbaru terbit pada tahun 2013 (Surís dkk, 2016). Di dalam DSM inilah aspek budaya dalam klasifikasi gangguan jiwa banyak diperhatikan dibandingkan dengan di ICD. Di dalam DSM-IV mulai muncul aspek budaya. Sejumlah psikiater budaya yang terkemuka (dokter dan peneliti) serta para ilmuwan sosial (misalnya anthropolog medis) mengajukan serangkaian saran dan rekomendasi untuk *task force* DSM-IV. Meskipun tidak semua rekomendasi diterima, namun sejumlah ide tentang budaya mulai dimasukkan. Bahkan di dalam Appendix I dicantumkan berbagai bentuk *'culture bound syndrome'* (sindrome gangguan terkait budaya), seperti pada ICD 10. Lebih jauh dari itu DSM-IV juga menyajikan sebuah model penyajian kasus yang memperhatikan aspek budaya yang disebut dengan *'Cultural Formulation'* (Alarcón, 2009).

Di dalam DSM-5 aspek budaya semakin banyak diperhatikan. Tidak hanya di dalam *appendix* saja, namun klasifikasi gangguan jiwa dalam DSM-5 disusun secara eksplisit dengan memperhatikan konteks budaya, selain memperhatikan konsep *life span development* (perkembangan sepanjang hayat). Selain itu, '*cultural Formulation*' dijadikan sebagai bagian penting dari proses diagnosis. Bahkan lebih jauh dari itu, DSM-5 memberikan panduan wawancara untuk menggali *cultural formulation*. Beberapa aspek yang digali dalam *cultural formulation* adalah:

1. *Identitas budaya*. Seorang klinisi perlu memperhatikan asal kelompok etnis atau budaya seorang pasien, termasuk di sini kemampuan, penggunaan, dan preferensi bahasa (jika dia memiliki multibahasa). Pada imigran dan

etnis minoritas akan diperhatikan keterlibatan dengan budaya asal dan budaya tempat tinggal sekarang.

2. *Penjelasan budaya tentang penyakit*. Dalam *cultural formulation* klinisi perlu mencatat idiom atau istilah yang digunakan oleh pasien atau keluarganya, termasuk penjelasan mengenai penyebab gangguan tersebut. Misalnya, seorang pasien menyebut gangguan itu adalah kesambet karena ada roh jahat yang mengganggu. Demikian juga pola mencari bantuan selain terapi di rumah sakit, kemungkinan pasien dan keluarga mengacu pada suatu kategori dari *culture boundsyndrom* (di dalam DSM-5 disebut sebagai *Cultural Concept of Distress).*
3. *Faktor budaya* terkait lingkungan psikososial dan tingkat fungsinya. *Cultural formulation* memperhatikan persepsi pasien sebagai anggota suatu kelompok budaya terhadap stressor sosial yang dialami. Hal ini juga termasuk jaringan dukungan sosial yang dimiliki di dalam masyarakatnya yang memberikan dukungan emosional, dukungan informasi, sampai dengan dukungan instrumental (misalnya bantuan keuangan). Peranan tokoh agama (termasuk komunitas religius) sangat penting untuk diperhatikan.
4. *Elemen budaya dalam hubungan antara klien dan klinisi*. Termasuk dalam komponen ini adalah perbedaan budaya dan status sosial antara klien dan dokter, serta masalah yang mungkin ditimbulkan oleh perbedaan ini dalam diagnosis dan terapi (misalnya kesulitan berkomunikasi dalam bahasa pertama klien atau kesulitan klinisi memahami signifikansi budaya mereka).
5. *Penilaian budaya* secara keseluruhan untuk diagnosis dan terapi. Di sini klinisi diminta untuk membuat kesimpulan formulasi budaya dari seorang pasien dengan membahas bagaimana aspek budaya memengaruhi diagnosis dan terapi secara komprehensif.

Seperti disebutkan di atas, baik ICD-10, DSM-IV, maupun DSM-5 menyebutkan beberapa bentuk gangguan yang khas budaya tertentu. Gangguan

ini banyak dikaji oleh para antropolog di jaman kolonial. Berbagai bentuk *culture bound syndrome* dapat digambarkan secara ringkas di bawah ini (WHO, 1993):

1. *Ataque de nervios.* Sindrom ini dikenal sebagai "sindrom Puerto Rico". Banyak ditemukan pada orang-orang Hispanik (orang yang berbahasa Spanyol) di Amerika. Pertama kali disebutkan di Puerto Rico oleh psikiater militer AS yang mengamati seorang pemuda yang mengalami penyakit yang tidak biasa. Gejala berupa serangan tangis, gemetar, tak terkendali berteriak, agresi fisik atau verbal, dan panas hebat di dada bergerak ke kepala. Sering dikaitkan dengan peristiwa stres (misalnya kematian orang yang dicintai, perceraian atau perpisahan, atau menyaksikan kecelakaan termasuk anggota keluarga). Masyarakat menganggap penyebabnya adalah serangan roh jahat.
2. *Amok*. Banyak ditemukan pada orang Indonesia, Malaysia, Laos, Filipina, Polynesia, Papua New Guineans, Puerto Rico. DSM-IV menggambarkan sindrom amok ini sebagai gangguan disosiatif yang melibatkan ledakan kekerasan dan agresi mulai dari pengrusakan pada objek tertentu sampai perilaku pembunuhan. Penyebabnya bisa karena orang tersebut merasa tersinggung dan dihina.
3. *Hwa Byung.* Sindrom ini banyak ditemukan masyarakat Korea. Gejala yang dirasakan pasien antara lain nyeri di perut bagian atas, takut mati, dan kelelahan akibat kemarahan yang dipendam.
4. *Koro*. Sindrom yang banyak ditemukan masyarakat Asia dan sebagian besar adalah pria. Gejala utamanya adalah adanya ketakutan alat vital menyusut karena masuk ke dalam perut dan menyebabkan kematian.
5. *Dzat syndrome*. Sindrom ini banyak ditemukan pada masyarakat India dan Sri Lanka dengan gejala kecemasan yang ekstrem disertai dengan lemah dan letih karena merasa telah kehilangan sperma.
6. *Wacinko*. Sindrom yang ditemukan pada masyarakat Indian di Amerika ini mempunyai gejala berupa perasaan marah, menarik diri, mutisme, dan bunuh diri, yang merupakan reaksi terhadap kekecewaan dan adanya

masalah interpersonal.

7. *Serangan Angin* (*wind attack*). Sindrom ini ditemukan pada masyarakat Hispanik dan Asia. Di Indonesia disebut masuk angin. Gejala yang timbul adalah adanya ketakutan akan dingin dan angin; merasa lemah dan rentan terhadap penyakit. Gejala muncul akibat keyakinan bahwa unsur alam dan supranatural yang tidak seimbang.

8. *Pibloktog*. Sindrom ini ditemukan pada wanita suku Inuit Eskimo di daerah Artik. Gejala yang muncul adalah perilaku yang membahayakan, diikuti dengan kejang menyerupai kejang episode disosiatif mendadak, sampai koma. Sindrom ini sering dikaitkan dengan amnesia, penarikan diri, mudah tersinggung, dan perilaku irasional, seperti merusak barang-barang, memakan feses, dan mengucapkan kata-kata kotor.

9. *Susto.* Ditemukan terutama pada masyarakat Amerika Latin (Hispanik). Gejala termasuk gugup, anoreksia, insomnia, lesu, demam, depresi, dan diare. Gejala ini dipercaya muncul akibat pengalaman yang menakutkan dan pengalaman yang mengejutkan yang dianggap sebagai kasus serangan roh jahat.

10. *Taijin kyofusho*. Orang Jepang yang memiliki sindrom ini cenderung menjadi sangat malu tentang diri mereka sendiri atau takut tidak menyenangkan orang lain terkait dengan tubuh atau penampilan. Mereka khawatir dengan bau badan, ekspresi wajah yang mungkin menyinggung, atau mempermalukan orang lain dengan kehadirannya.

11. *Latah*. Sindrom ini banyak dialami orang Indonesia, Malaysia, dan beberapa masyarakat Asia lain. Biasanya banyak dialami oleh wanita (khususnya janda). Orang latah ketika dalam kondisi kaget akan menunjukkan perilaku meniru orang lain di luar kendali, termasuk peniruan gerakan dan ucapan orang. Individu juga sering mengikuti perintah melakukan hal-hal di luar keinginannya dan sering mengulang kata-kata kotor.

12. *Boufee Delirante*. Orang Haiti yang memiliki sindrom ini mengalami

ledakan emosi dan agresi yang tiba-tiba, serta tampak kebingungan. Gejala menyerupai gangguan psikotik singkat (termasuk adanya halusinasi visual, halusinasi pendengaran, dan delusi paranoid). Pemulihan bersifat spontan, namun ada kemungkinan kambuh.

Budaya dan Gangguan Jiwa Spesifik

Pada bagian ini penulis akan menyajikan aspek-aspek budaya yang terkait dengan gangguan jiwa tertentu dengan memfokuskan pada gangguan kecemasan, depresi, dan psikotik.

Gangguan kecemasan adalah gangguan mental yang banyak ditemukan di masyarakat. Beberapa bentuk *culture bound syndrome* terkait dengan masalah kecemasan, misalnya taijin kyosufo, dzat syndrom, maupun koro. Gangguan kecemasan ini memang sangat dipengaruhi oleh faktor etnis, ras, dan budaya. Asnaani dkk. (2010) melakukan penelitian yang mengkaji prevalensi gangguan kecemasan pada berbagai kelompok etnis di Amerika Serikat, yaitu orang Amerika kulit putih, Amerika Asia, Amerika Hispanik, Amerika Afrika. Hasilnya menunjukkan bahwa orang Amerika Asia memiliki gejala yang lebih sedikit dibandingkan dengan kelompok etnis lain pada empat gangguan kecemasan utama (gangguan kecemasan sosial, gangguan kecemasan umum, gangguan panik, dan gangguan stres pascatrauma). Orang Amerika kulit putih memiliki gejala gangguan kecemasan sosial, kecemasan umum, dan gangguan panik lebih sering daripada Amerika Afrika, Amerika Hispanik, dan Amerika Asia. Sementara, Orang Amerika Afrika lebih sering mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD).

Hoffmann dan Hinton (2014) menyebutkan bahwa salah satu penyebab perbedaan kecemasan antar kelompok budaya disebabkan perbedaan keyakinan tentang fisiologi tubuh manusia dan sifat proses psikologis terkait. Misalnya, di Amerika Serikat banyak orang mengalami ketakutan akan serangan jantung yang banyak disebabkan karena makanan berlemak dan rokok. Salah satu tanda serangan jantung adalah adanya gejala sesak di dada. Orang Kamboja lebih banyak mengalami kecemasan akan gangguan "angin di dalam" (masuk angin)

dan aliran darah. Hal ini akan menyebabkan orang mengalami kelelahan, kurang tidur, khawatir, cemas, dan takut. Dalam pengobatan tradisional Tiongkok (*traditional chinese medicine*) keadaan cemas dan gelisah adalah sering dikaitkan dengan disfungsi organ, seperti "ginjal lemah" (*shen xu*) atau "lemah liver "(*xin xu*). Ginjal dipercaya untuk memelihara otak dengan memproduksi sumsum. Orang-orang yang menghubungkan gejala kecemasan mereka dengan "hati yang lemah" akan sangat waspada dengan gejala jantung, seperti pusing, penglihatan kabur, dan tinitus. Apalagi banyak orang Tionghoa percaya bahwa sumsum dan ginjal yang habis akan menyebabkan sakit punggung.

Selain gangguan kecemasan, gangguan yang banyak dikaji terkait dengan budaya adalah depresi, terutama ekspresi depresi. Depresi dapat bermanifestasi secara berbeda di berbagai latar lintas budaya. Budaya memengaruhi cara orang mengalami depresi. Penelitian menunjukkan bahwa pengalaman individu dengan depresi dapat berbeda dari satu negara ke negara lain (Oats, 2004).

Pada budaya barat umumnya depresi diwujudkan dalam bentuk gejala suasana hati yang sedih, tertekan, dan tidak ada kesenangan. Di sisi lain, penelitian berdasarkan sampel Cina menunjukkan bahwa mereka lebih banyak mengalami dan mengekspresikan depresi sebagai gejala tubuh (somatisasi). Ini ditunjukkan oleh penelitian Chentsova-Dutton dkk. (2010) yang menemukan bahwa orang Amerika Eropa yang depresi menunjukkan penurunan afek positif atau reaksi emosional (yaitu senyuman dan kebahagiaan) dibandingkan dengan mereka yang tidak depresi. Sebaliknya, orang Amerika Asia yang mengalami depresi ternyata masih menunjukkan emosi positif seperti orang yang tidak depresi. Ini menunjukkan bahwa gangguan depresi pada orang Cina tidak diekspresikan secara emosional. Zhu (2018) menunjukkan banyak penelitian yang menemukan bahwa orang Cina cenderung memanifestasikan gangguan depresi pada keluhan tubuh (somatisasi).

Ulusahin dkk. (1994) meneliti simtom pasien yang berlatar belakang budaya Inggris dan Turki. Perbandingan frekuensi dan tingkat keparahan gejala menunjukkan gejala depresi berupa afek sedih, anhedonia, tidak bernergi pada sampel Inggris. Sementara pasien Turki lebih banyak menunjukkan gejala somatisasi. Temuan ini menunjukkan bahwa ada beberapa kesamaan dalam

gejala depresi di kedua budaya, tetapi juga ada perbedaan dalam cara ekspresi yang dominan.

Dalam sebuah studi Bhugra dkk. (2006) mengamati wanita Punjabi (India) dari dua generasi. Studi tersebut menemukan bahwa rasa nyeri merupakan gejala yang paling umum. Dalam budaya Asia, nyeri bisa berarti penderitaan sekaligus menyamarkan gangguan psikologis yang mendasarinya. Istilah depresi baru ditemukan pada generasi muda. Generasi yang lebih tua menggunakan istilah seperti "beban pikiran saya ”atau“ tekanan pikiran

Shafi dan Shafi (2014) melakukan wawancara pada pasien Arab yang mengatakan bahwa dalam budaya Arab "tidak ada depresi" dan membuat perbedaan antara depresi dan penyakit. Dia juga percaya bahwa jika seseorang adalah "orang yang beriman" maka tidak pantas mengalami perasaan tertekan. Solusinya adalah doa dan bukan mengunjungi psikiater. Pandangan ini direfleksikan oleh pasien Arab di Dubai dalam penelitian Sulaiman dkk. (2001). Ada perbedaan pendapat antar generasi pada wanita Arab. Generasi yang lebih tua memandang bahwa rasa sedih harus disembunyikan dan akan memalukan kalau ditunjukkan keluar. Mereka akan menangis saat sendirian. Berbeda dengan generasi yang lebih muda yang lebih banyak mengekspresikan emosi melalui tangisan. Mereka akan merasa lebih baik ketika mengekspresikan emosinya daripada harus menyembunyikannya.

Dibanding dengan kecemasan dan depresi, psikosis adalah gangguan jiwa yang dianggap lebih berat. Kecemasan dan depresi dikelompokkan dalam gangguan jiwa umum (*common mental disorder*), sementara psikosis dikategorikan dalam gangguan jiwa berat (*severe mental disorder*). Istilah psikosis digunakan untuk menunjukkan diagnosis gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya halusinasi, delusi dan perilaku aneh. Gangguan psikosis yang berlangsung cepat dan menunjukkan kesembuhan dalam waktu 1 bulan. Dalam PPDGJ-III disebut gangguan psikosis akut dan sementara (F.23). Hal ini dalam DSM 5 disebut sebagai *Brief Psychotic Disorder* (Kode 298.8). Jika gangguan psikosis berlangsung terus selama 6 bulan maka dimasukkan dalam kategori skizofrenia (F20). Ini termasuk gangguan jiwa yang paling berat.

Para peneliti telah menemukan bahwa beberapa aspek psikosis gangguan

di seluruh konteks budaya sangat mirip, misalnya usia onset (munculnya penyakit pertama kali), yaitu ketika individu sedang melakukan transisi ke masa dewasa. Juga ada kesamaan gejala umum, yaitu adanya halusinasi, delusi (waham), pikiran, dan perilaku aneh. Namun, aspek yang terkait dengan budaya cukup banyak, antara lain tipe gejala, isi halusinasi dan delusi, serta penjelasan penyebab dan perkembangan penyakit.

Beberapa penelitian menunjukkan adanya variasi pada tipe gejala psikotik antarbudaya. Pada budaya barat, pasien dengan skizofrenia menunjukkan gejala delusi primer dan sisip pikir yang lebih banyak daripada pasien di negara berkembang. Sementara itu, pasien di negara berkembang mengalami lebih banyak halusinasi visual dan halusinasi akustik dibandingkan dengan pasien di negara Barat (Sartorius dkk., 1996; Jablensky, 1992). Terkait dengan perbedaan isi halusinasi, Suhail and Cochrane (2002) membandingkan 3 kelompok pasien, yaitu pasien Pakistan yang tinggal di Pakistan (PP), pasien Pakistan yang tinggal di Inggris (PI), dan pasien kulit putih asal Inggris (KP). Hasilnya menunjukkan bahwa pasien PI mengalami lebih banyak halusinasi visual dibandingkan dua kelompok lainnya; dan mereka menghubungkan halusinasi tersebut dengan roh atau hantu. Mereka juga memiliki halusinasi pendengaran yang lebih sedikit daripada kelompok PI atau KP. Secara umum penelitian ini menunjukkan pengaruh lingkungan budaya terdekat yang lebih kuat pada halusinasi dibandingkan dengan pengaruh budaya asal. Ada perbedaan besar dalam hal halusinasi antara pasien PP dan PI, sementara antara PI dan KP tidak menunjukkan perbedaan yang menonjol.

Bauer dkk. (2015) meneliti 1.080 pasien dari Austria, Polandia, Lithuania, Georgia, Pakistan, Nigeria, dan Ghana, yang didiagnosis dengan skizofrenia. Mereka menemukan perbedaan dalam kemunculan setiap jenis halusinasi dan pola antar negara. Pada keseluruhan sampel halusinasi yang paling banyak ditemukan adalah halusinasi auditorik, baru kemudian halusinasi visual, tetapi ada perbedaan pola halusinasi antar negara. Pada masyarakat tradisional Afrika, halusinasi visual justru paling banyak ditemukan, sementara pada pasien Eropa lebih banyak halusinasi auditori. Hal ini kemungkinan disebabkan karena adanya perbedaan neuropsikologis antar budaya.

Selain halusinasi, tipe delusi atau waham (waham kebesaran, waham curiga, waham kejar, dsb) secara umum menunjukkan kesamaan pada setiap budaya. Namun demikian, isi waham itu sangat beragam (Laroi dkk., 2014). Waham yang paling banyak ditemukan adalah waham kejar (*persecutory delusions*) di mana orang merasa ada persekongkolan akan membunuhnya. Namun, bentuk waham kejar itu berbeda antar budaya. Misalnya di Nigeria, gangguan jiwa diyakini karena pengaruh roh jahat; bentuk delusinya adalah merasa terkena sihir atau dikejar hantu nenek moyang. Ini mirip dengan keyakinan beberapa pasien di Indonesia yang meyakini ada orang melakukan santet dan guna-guna. Pada pasien Vietnam sering ditemukan merasa dikejar oleh militer yang akan membunuhnya

Bentuk waham kejar di Eropa dan di tempat dengan budaya yang modern sangat berbeda. Beberapa pasien melaporkan bahwa mereka merasa ada mata-mata yang selalu mengawasinya lewat televisi, atau mereka merasa selalu mendapat sinar-X ketika berjalan. Sebagian merasa ada *microchips* yang ditanam di kepalanya sehingga semua perilakunya diketahui orang, bahkan internet dapat dijadikan sebagai 'sarana' delusi. Bell, Grech, Maiden, Halligan, dan Ellis (2005) mendokumentasikan sejumlah kasus delusi terkait internet. Misalnya, seorang pasien menerima pesan melalui internet yang mengancamnya untuk menyiarkan kabar bahwa dia telah mengakses pornografi di internet. Pasien lain merasa Bill Gates menghancurkan file-filenya, memata-matai, dan mengikutinya. File-file pribadinya diduplikasi dan keberadaan mereka disiarkan melalui internet di luar kendalinya

Dengan demikian tampak bahwa delusi pasien psikotik merupakan refleksi dari kondisi sosial, politik, dan budaya di dunia internasional maupun lokal. Hal ini tampak pada kasus yang ditemukan Subandi (2006) pada seorang mahasiswi (SR) yang mengalami gangguan psikotik di tahun 2001. SR mengalami waham bersalah yang sangat kuat. Semua peristiwa yang dia alami mengarah pada dirinya sebagai orang yang bersalah. Pada waktu itu dunia internasional baru saja digemparkan dengan penabrakan pesawat pada Gedung WTC di Amerika. SR merasa dirinya adalah orang yang menabrakkan pesawat itu dan yang dicari orang seluruh dunia untuk dibunuh. Di dalam negeri pada waktu

sedang banyak diberitakan kasus Tomy Suharto yang sedang diadili karena kasus korupsi, SR juga merasa dirinya adalah Tomy Suharto. Lebih jauh lagi, pada dongeng-dongeng tradisional yang tokohnya dipersalahkan juga muncul sebagai delusinya. SR merasa bahwa dirinya adalah babi ngepet dalam dongeng di Jawa Barat yang dikejar-kejar akan dibunuh orang kampung karena mencuri. SR juga merasa dirinya adalah Malin Kundang dalam dongeng di Sumatra yang dikutuk menjadi batu karena durhaka pada ibunya.

Delusi yang terkait dengan agama juga sangat banyak dialami oleh pasien skizofrenia. Misalnya, pasien di Cina merasa dirinya adalah murid utama dari Sang Buddha. Di Afrika, beberapa pasien Katolik merasa dirinya adalah Tuhan yang dapat menyembuhkan orang melalui doa dan dapat membangkitkan orang yang telah mati dalam kubur. Grover dkk. (2014) melakukan review terkait hubungan antara agama, spiritualitas, dan skizofrenia. Salah satu isu yang dibahas adalah delusi religius. Disebutkan bahwa studi yang telah mengevaluasi agama dalam konteks psikopatologi menunjukkan bahwa pasien beragama Kristen memiliki lebih banyak delusi agama, terutama delusi bersalah dan dosa, daripada pasien yang beragama lain (Islam). Penelitian lain menunjukkan bahwa dibandingkan dengan pasien beragama Kristen, pasien yang beragama Buddha memiliki frekuensi delusi bertema religius yang lebih rendah. Pasien beragama Protestan mengalami lebih banyak delusi religius daripada Katolik. Studi lain melaporkan prevalensi delusi agama, khususnya rasa bersalah, terdapat pada pasien skizofrenia dari afiliasi Katolik Roma jika dibandingkan dengan Protestan dan Muslim. Studi lintas budaya yang membandingkan orang-orang dari latar belakang etnis yang berbeda menunjukkan bahwa dalam kasus delusi paranoid, pasien Kristen lebih sering melaporkan penganiaya sebagai makhluk gaib, dibandingkan dengan pasien Muslim dan Buddha.

Selain memengaruhi ekspresi halusinasi dan delusi, budaya juga berkontribusi pada proses perjalanan penyakit (*course of illness*) dari skizofrenia. Dalam topik ini terdapat penelitian lintas budaya yang sangat terkenal dan paling banyak dikutip, yaitu penelitian lintas negara yag dikoordinasi oleh WHO (Sartorius, dkk., 1987, 1996; Jablensky dkk., 1992). Penelitian WHO awal, *the International Pilot Study of Schizophrenia* (IPSS), dilakukan pada tahun 1960-

an dan 1970-an dan menggunakan *follow-up* dua tahun. Penelitian selanjutnya adalah *the Determinants of Outcome of Severe Mental Disorder* (DOSMED) yang menggunakan follow-up lima tahun dengan metodologi yang sangat rinci. Penelitian *International Study of Schizophrenia* (ISoS), yang merupakan penelitian terkini dari serangkaian penelitian di atas, dirancang untuk mengikuti partisipan dari penelitian sebelumnya dalam periode lima belas sampai dua puluh lima tahun (Harrison dkk., 2001). Ketiga penelitian ini membedakan antara negara berkembang dan negara maju. Situs-situs penelitian di negara maju termasuk: Aarhus, Denmark; Nottingham, UK; Dublin, Irlandia; Moscow, Russia; Nagasaki, Jepang; Prague, Republik Ceko; serta Honolulu dan Rochester, AS. Situs-situs di Negara berkembang termasuk: Agra, Chandigarh, dan Madras di India; Cali, Kolombia; Ibadan, Nigeria; Taipei, Taiwan; dan Hong Kong, Cina. Penemuan dari ketiga penelitian ini yang paling mengejutkan adalah terkait jalan dan hasil dari penyakit psikotis yang lebih baik di negara berkembang dibandingkan di negara maju. Hasil tersebut konsisten pada ketiga hasil penelitian, baik untuk follow-up pendek maupun panjang, dan untuk berbagai pengelompokkan diagnostik (Hopper, 2004).

Sejak publikasi pertama, hasil penelitian lintas budaya WHO tersebut dinyatakan 'sangat mengejutkan' (Desjarlais dkk., 1995), 'tidak terduga' (Sartorius dkk., 1996), 'menantang' (Edgerton & Cohen, 1994), dan 'provokatif' (Hopper & Wanderling, 2000). Penelitian ini memunculkan berbagai perdebatan dan diskusi mendalam dalam beberapa publikasi jurnal (Cohen 1992; Edgerton & Cohen, 1994; Jablensky, dkk., 1994; Hopper, 2004). Misalnya, Cohen (1992) menyatakan bahwa terdapat beberapa masalah dalam metodologi, khususnya berkaitan dengan strategi sampling yang menggunakan latar rumah sakit. Pembagian antara negara berkembang dan negara maju juga menjadi masalah tersendiri (Edgerton & Cohen, 1994; Hopper & Wanderling, 2000). Sebagai usaha mendukung penelitian WHO, Warner (1992:85) mengakui adanya masalah metodologis pada beberapa penelitian lintas budaya, namun dia berargumentasi bahwa "perbedaan dalam tingkat pemulihan skizofrenia di negara berkembang dan maju sangat besar sehingga dapat menjadi kompensasi atas keterbatasan metodologis."

Penelitian WHO juga memunculkan beragam spekulasi atas bagaimana sebuah penemuan diiterpretasikan. Dalam hal ini, Desjarlais dkk. (1995) merangkum sejumlah hipotesis. Yang pertama berkaitan dengan interpretasi budaya atas sebuah penyakit mental. Hipotesis ini menyatakan bahwa cara orang menginterpretasi sebab dan jalannya penyakit memengaruhi tanggapan terhadap mereka yang terkena penyakit mental dan selanjutnya memengaruhi pemulihan. Di negara maju, sebagian besar orang menganggap penyakit mental sebagai penyakit yang jalannya hanya mengarah ke penurunan kondisi kesehatan; sedangkan di negara berkembang, orang seringkali percaya bahwa mereka yang terkena penyakit mental dirasuki oleh kekuatan gaib sehingga memberikan kerangka pemikiran bahwa pemulihan sebagai suatu hal yang mungkin. Yang kedua adalah adanya keluarga besar dan masyarakat yang berorientasi pada komunitas sehingga membuat negara berkembang mampu menyediakan dukungan yang lebih besar dibandingkan dengan keluarga inti ataupun masyarakat yang berorientasi pada individu sebagai ciri dari negara maju (peran keluarga dalam pemulihan akan dibahas pada bagian berikutnya). Ketiga, adanya tenaga buruh yang tidak perlu digaji memberi kesempatan untuk memperoleh kegiatan-kegiatan yang bermakna dibandingkan dengan negara maju dengan kondisi kerja yang kompetitif yang menghubungkan pekerjaan dengan gaji. Keempat adalah sifat dari tempat perawatan, perawatan khusus, dan dampaknya terhadap pengalaman mereka yang mendapatkan perawatan tersebut, dihipotesis mampu memengaruhi berkembangnya tingkat kekronisan dari penyakit.

Psikoterapi dan Budaya

Pada sekitar tahun 1980-an Arthur Kleinman, seorang psikiater sekaligus antropolog dari *Harvard Medical School*, melakukan penelitian berbagai bentuk terapi untuk gangguan jiwa di Taiwan. Hasil penelitian itu ditulis dalam sebuah buku monumental yang berjudul "*Patients and Healers in the context of Culture*." Dalam buku ini Kleinman (1980) menemukan teori tentang tipologi sistem kesehatan, baik kesehatan fisik maupun psikologis. Disebutkan bahwa

pada setiap masyarakat dan budaya selalu ada tiga sektor sistem kesehatan yang saling bersinggungan, yaitu sektor profesional, sektor *folk* (arti kata ini adalah 'rakyat', tapi di sini penulis menerjemahkannya menjadi 'tradisional'), dan sektor populer. Setiap sektor menangani masalah kesehatan secara berbeda. Sektor profesional terdiri dari profesi penyembuhan yang terorganisir seperti dokter, psikolog klinis, perawat, dsb. Sektor tradisional adalah sektor yang nonprofesional dan nonbirokrasi yang melakukan kegiatan penyembuhan menggunakan berbagai metode. Termasuk di sini adalah penyembuh tradisional, seperti dukun, *shaman*, herbalis, maupun penyembuh atau terapi berbasis agama. Sementara itu, sektor populer adalah penyembuhan yang dilakukan oleh orang awam nonprofesional. Ketika dihadapkan pada suatu masalah kesehatan (baik fisik maupun psikologis), orang awam pada umumnya akan mengamati gejala, memberi nama penyakit, membuat keputusan apa yang harus dilakukan, sering juga menerapkan pengobatan/terapi secara mandiri di rumah atau dalam komunitas dengan memanfaatkan pengetahuan dari sektor lain. Dari ketiga sektor itu, ternyata Kleiman (1980) menemukan bahwa sektor yang paling banyak digunakan oeh masyarakat adalah sektor populer. Di setiap negara atau masyarakat, ketiga sistem itu selalu ada. Di negara maju, sektor professional memang cukup dominan, namun sektor tradisional masih tetap eksis tergantung pada latar belakang budaya masyarakat.

Berdasarkan kategori di atas, permasalahan kesehatan jiwa dalam konteks Indonesia juga ditangani oleh ketiga sektor itu. Sektor profesional ditangani oleh para profesional yang berpendidikan barat. Hal ini tidak hanya psikiater atau psikolog klinis, tapi juga perawat. Bahkan di desa, bidan desa juga berperan. Sektor tradisional ditangani oleh dukun, paranormal, orang pintar, orang tua, atau kyai, ustaz atau penyembuhan di tempat ibadah seperti pesantren. Namun demikian, sektor populer juga paling banyak digunakan. Sektor ini mengandalkan pengetahuan umum dari komunitas tentang kesehatan jiwa. Pengetahuan umum itu diperoleh dari berbagai macam sumber (seperti pengalaman kerabat, televisi, buku *self-help*) yang mengantarkan pada pengambilan keputusan untuk kemudian diaplikasikan. Jika tidak berhasil, maka orang akan memilih antara sektor profesional atau tradisional *(folk)*, atau

seringkali juga digunakan keduanya (Patel dkk., 1995).

Sistem pelayanan kesehatan (fisik maupun jiwa) dalam ketiga sektor di atas merupakan produk dari suatu budaya sehingga tidak bisa terlepas dari pengaruh budaya. Sektor profesional pada dasarnya merupakan representasi dari budaya barat modern. Sektor tradisional adalah representasi budaya tradisional masyarakat setempat. Sementara sektor populer adalah representasi dari budaya populer.

Sektor profesional di bidang kesehatan dilaksanakan berdasarkan konsep ilmu pengetahuan dari budaya barat. Di bidang kesehatan jiwa, terapi yang digunakan adalah terapi yang dikembangkan oleh para psikiater dan psikolog. Ada 4 pendekatan utama yang dikenal di sini, yaitu: (1) pendekatan psikodinamik (yang dikembangkan dari teori psikoanalisis Sigmund Freud); (2) pendekatan perilaku dan pendekatan kognitif (yang kemudian diintegrasikan menjadi pendekatan kognitif-perilaku (*cognitive behaviour therapy*); (3) pendekatan humanistik; dan (4) pendekatan transpersonal.

Setiap pendekatan terapi dalam sektor profesional ternyata juga mengandung unsur budaya. Para psikiater dan psikolog klinis dengan latar belakang yang berbeda akan berusaha memodifikasi terapi tersebut dan menyesuaikan dengan situasi kondisi budaya lokal. Namun, tidak jarang juga terjadi konflik pada para profesional tersebut. Misalnya, pada dua dekade terakhir terapi psikoanalisis mengalami peningkatan yang tajam di Cina, terutama di kalangan psikiater. Banyak psikiater yang belajar dan menggunakan psikoanalisis dalam praktek klinis mereka. Namun, beberapa psikiater mengalami konflik karena beberapa prinsip psikoanalisis bertentangan dengan budaya Cina. Zhong (2011), seorang psikiater Cina, mengungkapkan konflik budaya tersebut. Misalnya, dalam psikoanalisis, terapis membantu individu menjadi lebih mandiri dan memiliki lebih banyak kebebasan. Ini bertentangan dengan ide dasar Taois tentang kesatuan dan harmoni antara manusia dengan alam. Dalam budaya Cina, gangguan jiwa lebih banyak disebabkan oleh hubungan yang tidak harmonis antara manusia dengan alam. Jadi manusia tidak bisa bebas sama sekali. Sementara, psikoanalisis menganggap bahwa gangguan jiwa lebih karena faktor ketidaksadaran dalam diri individu. Selain itu, di Cina terdapat

budaya yang harus menutupi masalah dalam diri dan keluarga. Hal ini membuat klien sulit mengungkapkan apa yang ada di pikiran jika mereka harus melakukan asosiasi bebas.

Adaptasi budaya yang cukup berhasil dari budaya Barat ke budaya lain tampaknya terlihat pada pendekatan CBT. Misalnya, Hinton dkk. (2005) berhasil melakukan adaptasi CBT dengan budaya Kamboja. Dengan melakukan penelitian *randomised control trial* (RCT), adaptasi CBT terbukti efektif untuk menangani pasien dari Kamboja yang mengalami gangguan stres pascatrauma yang memiliki komorbiditas dengan gangguan panik. CBT yang sensitif terhadap budaya ini juga berhasil menangani pasien dari berbagai latar budaya yang lain, antara lain pasien dari Vietnam (Hinton dkk., 2004), Amerika latin (Hinton, dkk. 2011), Pakistan (Mahr dkk., 2013), Arab (Alatiq & Alrshoud, 2018), maupun dalam konteks global (Hinton, dkk., 2014). Beberapa psikolog Muslim juga mengembangkan model CBT yang terintegrasi dengan konsep Islam (Husain & Hodge, 2016; Sabki dkk., 2018).

Selain adaptasi terapi Barat yang disesuaikan dengan budaya lokal, para profesional di berbagai budaya non-Barat juga berusaha mengembangkan terapi ulayat *(indigenous)*. Misalnya, Chong dan Liu (2002) mengembangkan konseling ulayat di Cina yang diberi nama *The Experience Transformed Model*. Model konseling ini didasarkan pada konteks budaya Cina, yaitu adanya ikatan yang kuat antara individu dan masyarakat. Sementara itu, Balodhi dan Keshavan (2011) menggali berbagai aspek psikoterapi dari kitab Bhagavadgita, salah satu kitab suci dalam agama Hindu.

Dalam sektor profesional, para professional tidak hanya berusaha mengadaptasi terapi Barat ke dalam budaya non-Barat, karena ternyata profesional di negara Barat juga belajar dari budaya lain. Contoh yang sangat jelas adalah terapi meditasi secara umum dan *mindfulness* secara khusus. Meditasi merupakan suatu teknik untuk mengolah berbagai kondisi psikologis dan spiritual, yang telah lama digunakan oleh masyarakat di budaya Timur khususnya India. Teknik ini semula berbasis pada budaya di agama Hindu dan Buddha. Namun, sejak tahun 1970-an, banyak orang berlatih meditasi (dan yoga) di negara-negara Barat. Tidak hanya orang awam saja yang berlatih meditasi dan yoga, namun

juga para profesional kesehatan jiwa melakukannya untuk kehidupan pribadi mereka maupun dalam praktik professional. Hal ini karena dukungan berbagai penelitian ilmiah yang menemukan berbagai efek terapeutik dari meditasi. McGee (2008) melakukan ulasan terhadap berbagai penelitian tentang meditasi. Penelitian-peelitian itu menunjukkan dampak positif dari meditasi dalam mengurangi stres dan meningkatkan kesejahteraan secara umum; membantu mengatasi kecemasan, kecanduan, agresi, bunuh diri, dan depresi. Cramer dkk. (2013) dalam meta-analisis berbagai penelitian tentang yoga menyebutkan bahwa terlepas dari kelemahan metodologis dari studi yang disertakan, namun yoga dapat dianggap sebagai pilihan pengobatan tambahan untuk pasien dengan gangguan depresi termasuk dalam tingkat depresi yang tinggi.

Jika meditasi dan yoga berasal dari tradisi agama Hindu, teknik meditasi lain yang sangat populer adalah *mindfulness* (Hidayanti, 2019) dan meditasi Zen (Fathan, 2019) yang berasal dari tradisi agama Buddha. *Mindfulness* merupakan meditasi yang berfokus pada nafas yang dimaksudkan untuk menumbuhkan perhatian dan kesadaran penuh dengan mengendalikan pikiran dan kondisi mental. Dalam kehidupan sehari-hari, teknik *mindfulness* mengajari seseorang untuk mempunyai kesadaran penuh terhadap apa yang sedang dilakukan, mulai dari makan, minum, berjalan, naik mobil, sampai berdoa. Intervensi psikologi yang berbasis mindfulness (*mindfulness based therapy* – MBI) telah digunakan untuk mengatasi berbagai gangguan. Shaphero dkk. (2018) dalam ulasannya menyebutkan bahwa meskipun MBI pada awalnya tidak dikembangkan untuk mengobati psikopatologi, namun banyak bukti menunjukkan bahwa MBI dapat mengatasi beberapa gangguan kejiwaan. Dua metaanalisis terbaru menemukan bahwa MBI sangat membantu dalam mengurangi gangguan suasana hati dan gejala kecemasan, gangguan bipolar, gangguan obsesif-kompulsif, dan gangguan kecemasan umum. Dukungan awal juga tersedia bagi MBI untuk mengobati gangguan makan.

Teknik *mindfulness* telah diintegrasikan dengan terapi kognitif (*mindfulness based cognitive herapy* – MBCT). Metaanalisis yang mencakup empat uji *randomised control trial* pada pasien depresi menemukan bahwa MBCT mengurangi risiko kekambuhan dan kekambuhan gangguan depresi

mayor dibandingkan dengan kelompok kontrol pengobatan seperti biasa. Selain itu, MBCT telah efektif sebagai pengobatan antidepresan dalam mencegah kekambuhan gangguan depresi mayor.

Terapi berbasis agama yang lain yang banyak dikaji adalah tradisi tasawuf (sufisme) dari agama Islam. Tasawuf yang di Barat dikenal dengan nama Sufisme adalah ilmu penataan aspek batin (psikologis) dari agama Islam. Sementara syariah mengatur tata lahir. Pada dasarnya tasawuf adalah 'ilmu'. Bagaimana mengamalkan ilmu itu, yaitu dengan dipraktekkan dalam sebuah 'universitas rohani' yang disebut dengan tarekat (secara harfiah berarti 'jalan' atau 'metode' untuk memperbaiki diri dan mendekatkan diri kepada Tuhan). Dikatakan sebagai 'universitas rohani' karena ada profesornya (disebut guru mursyid, ada mahasiswa (disebut murid atau salik), dan ada kurikulum (disebut amaliah atau aurot). Shafii (2007) menyamakan tarekat (sufisme) dengan pendekatan terapi, di mana guru tarekat berperan sebagai terapis. Bahkan Robert Frager, salah seorang tokoh psikologi transpersonal, telah menjadikan terapi sufi sebagai salah satu terapi pendekatan transpersonal (Frager, 2014).

Tradisi dan praktek Sufi pada dasarnya merupakan sebuah terapi di mana guru mursyid pada dasarnya adalah terapis dan murid adalah klien (Frager, 2014). Terapi sufi ini bisa dirinci lagi sesuai dengan kelompok tarekatnya. Kelompok tarekat di dunia Islam cukup banyak dan biasanya diberi nama sesuai dengan tokoh pendirinya. Ada tarekat Qodiriyyah (didirikan Syekh Abdul Qodir), ada tarekat Naqsyabandiyah (didirikan Syekh Bahauddi Naqsyabandy), ada tarekat Syadziliah (didirikan oleh Abu Bakar as Sadzili). Ini persis dengan pendekatan terapi yang dinamakan sesuai dengan pendirinya, misalnya terapi Freudian (Sigmund Freud), terapi Adlerian (Alfren Adler), atau terapi Jungian (Carl Gustav Jung).

Meskipun ada perbedaan kecil mengenai teknik yang diterapkan, namun secara umum semua tarekat menggunakan amalan zikir sebagai teknik utama. Zikir dalam tarekat mempunyai banyak kesamaan dengan teknik meditasi dalam tradisi Hindu dan Buddha. Prisip utamanya adalah memfokuskan perhatian pada satu objek. Dalam tarekat, hal ini dilaksanakan dengan mengucapkan kalimat tauhid *laailla ha illalloh* secara berulang-ulang. Ini disebut zikir dengan bersuara.

Sementara *dzikir khofi* (*sirri*) dilakukan dengan berdiam diri dan memfokuskan perhatian dalam menyebut nama Allah secara terus menerus dalam hati.

Praktik sufi dalam tarekat untuk terapi telah digunakan sejak lama dalam pesantren Suryalaya melalui lembaga rehabilitasi untuk penyalahgunaan narkoba dan gangguan jiwa lainnya yang disebut pondok Inabah (Subandi, 2013; Rahamatullah, 2012). Prinsip utama dalam terapi ini adalah mengikuti teori pembersihan jiwa (*tazkiyatun nafs*) dari Al Ghazali.

Ada 3 tahap dalam proses terapi Sufi, yaitu tahap *takholli* (pembersihan jiwa), *tahalli* (pengisian jiwa dengan sifat yang mulia) dan *tajalli* (kesucian jiwa). Pada tahap *takholli* jiwa dibersihkan tidak hanya dari berbagai penyakit hati, seperti marah, benci, sombong, dsb; tetapi juga dari gangguan jiwa sepert cemas, stres, depresi, dsb. Pada tahap *tahalli*, jiwa diisi dengan berbagai sifat baik dan positif, seperti bersyukur, memaafkan, berani, kasih sayang, dan cinta. Topik-topik tersebut sebenarnya banyak dikaji dalam psikologi positif. *Tajalli* dalam sufisme adalah tersingkapnya rahasia ketuhanan di mana seseorang akan selalu merasakan kehadiran Tuhan di mana saja dan kapan saja. Dalam terapi sufi, ini menunjukkan tingkat spiritualitas yang tinggi. Dengan demikian, terapi sufi tidak hanya menjadi terapi untuk berbagai gangguan jiwa (*takholli*), tetapi juga mengisi sifat yang positif (*tahalli*), hingga pada akhirnya mencapai kesucian jiwa (*tajalli*). Subandi (2015) menyebut proses ini sebagai '*dari gangguan jiwa, menuju kesehatan jiwa, untuk mencapai kesucian jiwa*'. Hal ini menjadi kelebihan dari terapi berbasis religius dari budaya Timur (meditasi, yoga, *mindfulness*, meditasi Zen, termasuk zikir sufi) dibandingkan dengan psikoterapi dari budaya Barat. Psikoterapi Barat lebih fokus untuk mengatasi gangguan jiwa dan kesehatan jiwa. Psikoterapi Timur menambahnya dengan kesucian jiwa (spiritualitas).

Penutup

Dari pembahasan di atas tampak bahwa aspek budaya tidak dapat dipisahkan dari kesehatan jiwa. Baik dalam kaitannya dengan masalah gangguan jiwa (dan klasifikasinya), maupun dengan psikoterapi jiwa. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa meskipun terdapat aspek gangguan jiwa yang bersifat

umum (universal), variasi budaya selalu ada pada setiap aspeknya. Demikian juga dengan psikoterapi. Meskipun sebagian besar psikoterapi dikembangkan di budaya Barat, namun selalu ada adaptasi ketika dilaksanakan pada konteks budaya yang berbeda. Bahkan, praktek agama dan spiritualitas (seperti meditasi, yoga dalam agama Hindu; *mindfulness* dari agama Buddha, dan zikir sufi dalam agama Islam) yang berasal dari budaya Timur ternyata telah diadopsi dalam budaya Barat saat ini.

Implikasi dari tulisan di atas adalah bahwa dalam mengkaji dan meneliti masalah kesehatan jiwa di Indonesia perlu diperhatikan aspek budaya. Penelitian, pemikiran, maupun praktek terapi yang berasal dari budaya Barat perlu diadaptasi dengan budaya Indonesia. Di bidang praktik klinis, para psikolog di Indonesia juga perlu mendapat pemahaman dan ketrampilan kompetensi budaya. Lebih jauh lagi, mengingat Indonesia memiliki budaya yang beragam maka akan sangat bermanfaat jika penelitian gangguan dan kesehatan jiwa memperhatikan aspek budaya. Selain itu, sangat perlu juga menggali berbagai budaya di Indonesia baik yang dapat memengaruhi gangguan jiwa, tetapi juga yang bisa berkontribusi terhadap kesehatan jiwa. Sangat perlu menggali berbagai bentuk terapi berbasis budaya dan agama di Indonesia yang sangat beragam.

Agenda besar bagi para professional di bidang kesehatan jiwa di Indonesia, terutama psikiater dan psikolog klinis, adalah merevisi klasifikasi gangguan jiwa di Indonesia, yaitu PPDGJ-III yang sudah berusia lebih dari 30 tahun. Ini mengingat ICD-11 dan DSM-5 sebagai sumber penulisan PPDGJ sudah terbit. PPDGJ-IV kemungkinan besar akan tetap menggunakan nomenklatur medis dengan mengikuti ICD 11, seperti PPDGJ-III menggunakan nomenklatur medis dari ICD 10. Sementara itu, untuk menegakkan diagnosis, PPDGJ-III mengacu pada sistem diagnosis multiaksial. Sayangnya, saat ini DSM-5 telah menghapus sistem diagnosis multiaksial. Sebagai penggantinya, salah satunya adalah menerapkan model *cultural formulation*. Oleh karena itu, akan sangat bijak jika model *cultural formulation* dari DSM-5 juga bisa diadopsi di dalam PPDGJ-IV.

Daftar Acuan

Alarcón, R.D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*, *8*,131-139.

Alatiq, Y. & Alrshoud, H. (2018) Family-based cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder with family accommodation: Case report from Saudi Arabia

The Cognitive Behaviour Therapist 11. DOI: 10.1017/S1754470X1800017X.

American Psychiatric Association (2013) DSM 5 *Appendix E Cultural Formulation in Diagnosis* and Cultural Concepts of Distress Diakses 29 Oktober 2020 dari https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248426/

Araujo, S.F. (2019) Völkerpsychologie as cultural psychology: the Place of culture in Wund's psychological project. Dalam *Gordana Jovanović, Lars Allolio-Näcke, Carl Ratner* (Eds). *The Challenges of Cultural Psychology Historical Legacies and Future Responsibilities*. New Yok: Routledge;

Asnaani, A., Richey, J.A., Dimaite, R., Hinton, D.E., & Hoffmann, S.G. (2010). A cross-ethnic comparison of lifetime prevalence rates of anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 551–555.

Balodhi, J. P., & Keshavan, M. S. (2011). Bhagavadgita and Psychotherapy. *Asian Jornal of Psychiatry 4*, 300–302

Bauer, S.M , Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hilkesberger, L., Rudaleviciene, P. (2015) Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 319-25. DOI: 10.1016/j.comppsych.2010.06.008.

Bell, V., Grech, E., Maiden, C., Halligan, P.W., & Ellis, H.D. (2005). Internet Delusions': A Case Series and Theoretical Integration. *Psychopathology*. 38:144–150. DOI: 10.1159/000085845.

Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (1999). *Psikologi Lintas-Budaya: Riset dan Aplikasi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.

Bhugra, D., & Mastrogianni, A. (2006) Globalisation and Mental Disorders: Overview with Relation to Depression. *The British Journal of Psychiatry,*

184, 10-20. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.184.1.1

Browne, K. O. (1999). Landscapes of Desire and Violence: Storied Selves and Mental affliction in Central Java, Indonesia. *Dissertation*, Madison: University of Wisconsin

Chentsova-Dutton Y.E., Tsai J.L., & Gotlib I.H. (2010). Further Evidence for the Cultural Norm Hypothesis: Positive Emotion in Depressed and Control European American and Asian American Women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 16,* 284–295. DOI: 10.1037/a0017562.

Chong, F.H., & Liu, H.Y. (2002). *Indigenous Counseling in the Chinese Cultural Context: Experience Transformed Model. Asian Journal of Counselling, 9* (1 & 2), 49–68. Diakses pada 1 November 2020 dari https://www.researchgate.net/publication/242601121_Indigenous_Counseling_in_the_Chinese_Cultural_Context_Experience_Transformed_Model

Cohen, A. (1992). Prognosis for schizophrenia in the third world: A re-evaluation of cross-cultural research. *Culture, Medicine and Psychiatry, 16*, 53-75

Cramer H., Lauche R., Langhorst J., & Dobos G. (2013). Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depression Anxiety*, *30,*1068–83. DOI: 10.1002/da.22166

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). *World Mental health: problems and priority in Low-Income Countries*. New York: Oxford Univeristy Press.

Diriwachter, R. (2012). *Völkerpsychologie.* Dalam J. Valsiner (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of culture and psychology* (hlm. 43–57). Oxford University Press

Diriwachter, R. (2004). *Völkerpsychologie: The Synthesis that Never was, 10*(1). 85-109. Diakses pada 1 November 2020 dari https://doi.org/10.1177/1354067X04040930

Edgerton, R. B., & Cohen, A. (1994). Culture and schizophrenia: The DOSMED challenge. *British Journal of Psychiatry, 164*, 222-231.

Fathan, L. (2019), Konsep Psikoterapi dalam Tradisi *Zen Buddhisme.* Dalam Subandi, MA. *Psikologi dan Budaya: Pendekatan Berbagai Bidang*.

Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Frager, R. (2014). *Psikologi Sufi: Untuk Transformasi Hati, Jiwa dan Ruh* (terj. Hasmiyah Rauf). Jakarta: Zaman

Grover, S., Davuluri, T., & Chakrabarti, S. (2014). Religion, Spirituality, and Schizophrenia: A Review**.** *Indian Journal Psychological Medicine*, *36*(2), 119–124. DOI: 10.4103/0253-7176.130962.

Gureje, O. Lewis-Fernandez, R. Hall, B.J., &, Reed, G.M. (2020). Cultural considerations in the classification of mental disorders: why and how in ICD-11. *BMC Medicine*, 18(25). https://doi.org/10.1186/s12916-020-1493-4

Harrison, G., Hopper, K., & Craig, T. dkk. (2001). Recovery from psychotic illness: A 15- and 25- year international follow up study. *British Journal of Psychiatry, 178*, 506-517.

Hinton DE, Pham T, Tran M., dkk. (2004). CBT for Vietnamese refugees with treatmentresistant PTSD and panic attacks: a pilot study. *Journal Trauma Stress* 2004;17(5): 429–33.

Hinton DE, Chhean D, Pich V, dkk. (2005). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: a cross-over design. *Journal Trauma Stress, 18*(6), 617–29.

Hinton D.E., & Jalal, B. (2014). Guidelines for the implementation of culturally sensitive CBT among refugees and in global contexts. *Intervention*, *12*, 78–93.

Hinton DE, Hoffmann SG, Rivera E, dkk. (2011). Culturally adapted CBT for Latino women with treatment-resistant PTSD: a pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behavior Research and Therapy, 49*, 275–80.

Hoffmann, S.G. & Hinton, D.E. (2014) Cross-Cultural Aspects of Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Report*, *16*(6): 450. DOI: 10.1007/s11920-014-0450-3

Hidayanti, R.C. (2019) Mindfullness: Pendekatan Ilmiah Tradisi Budhisme. Dalam Subandi, MA. *Psikologi dan Budaya: Pendekatan Berbagai*

Bidang. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Harrison, G., Hopper, K., & Craig, T. dkk. (2001). Recovery from psychotic illness: A 15- and 25- year international follow up study. *British Journal of Psychiatry, 178*, 506-517.

Hopper, K. (2004). Interrogating the meaning of "culture" in the WHO international studies of schizophrenia. Dalam J. H. Jenkins & R. J. Barrett (Eds.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience* (hlm. 87-109). Cambridge: Cambridge University Press.

Hopper, K., & Wanderling, J. (2000). Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: Result from ISoS, the WHO collaborative follow-up project. *Schizophrenia Bulletin, 26*(4), 835-846.

Husain, A. & Hodge, D.R. 2016; Islamically modified cognitive behavioral therapy: Enhancing outcomes by increasing the cultural congruence of cognitive behavioral therapy self-statements. *Internationa social work.* Diakses pada 20 Oktober 2020 dari https://doi.org/10.1177/0020872816629193

Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., Day, R., & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement, 20*, 1-97.

Jablensky, A., Sartorius, N., Cooper, J. E., Anker, M., Korten, A., & Bertelsen, A. (1994). Culture and schizophrenia: Criticisms of WHO studies are answered. *British Journal of Psychiatry, 165*, 434-436.

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture.* Berkeley: University of California Press

Laroi, F., Luhrmann, T.M., & Bell, V. (2014). Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*. 40(4) S213–S220. DOI:10.1093/schbul/sbu012

Mahr, F., McLachlan, N., Friedberg, R.D., Safia Mahr, S. & Pearl, A.M. (2013). Cognitive-behavioral treatment of a second-generation child of Pakistani

descent: Ethnocultural and clinical considerations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* DOI: 10.1177/1359104513499766ccp.

McGee, M. (2008). Meditation and Psychiatry. *Psychiatry*, *5*(1): 28–41.

Oates, M.R., Cox, J.L., Neema, S., & Asten, P. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, *184*(s16) s10-s16.

Patel, V., Musara, T., Butau, T., Maramba, P., & Fuyane, S. (1995). Concepts of mental illness and medical pluralism in Harare. *Psychological Medicine, 25*(3):485-93. DOI: 10.1017/s0033291700033407.

Pols, H. (2006). The development of psychiatry in Indonesia: From colonial to modern times. *International Review of Psychiatry*, *18*(4), 363–370. https://doi.org/10.1080/09540260600775421

Rahmatullah, A.S. (2012). Penanganan Kenakalan remaja pecandu napza dengan pendidikan berbasis kasih sayang: Studi di Pondok Remaja Inabah 15 putra, Pondok Pesantren Suryalaya, Tasikmalaya. *Unpublished Dissertation*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Ratner, C. (2008). Cultural psychology, cross-cultural psychology, indigenous psychology. dalam A. M. Columbus (Ed.), *Advances in psychology research: Vol. 54. Advances in psychology research* (hlm. 1-79). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.

Sabki, Z.A., Sa'ari, C.Z., & Muhsin, S.B.S. (2018). Islamic Integrated Cognitive Behavior Therapy10 Sessions Treatment Manual for Depression. Dalam *Clients with Chronic Physical Illness Therapist Manual Workbook*. Diakses pada 1 November 2020. https://spiritualityandhealth.duke.edu/images/pdfs/Muslim_Sunni_Version_Therapist_Manual.pdf

Sartorius, N., Gulbinet, W., Harrison, G., Laska, E., & Siegel, C. (1996). Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 31*, 249-258.

Shafi, A.M.A. & Shafi, R.M.A. (2014) Cultural Influences on the Presentation of Depression. *Journal of Psychiatry*, *4*(4), 390-395. http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2014.44045

Shafii, M. (2007). *Psikoanalisis dan Sufisme*. Terj. MA Subandi dkk. Yogyakarta:

Campus Press

Shaphero, B.G., Greenberg, J., Pedrelli, P., de Jong, M., & Desbordes, G. (2018) Mindfulness-Based Interventions in Psychiatry. *Focus*, *16*(1): 32–39. DOI: 10.1176/appi.focus.20170039

Subandi, M.A. (2006). Psycho-cultural Dimensions of Recovery from First Episode Psychosis in Java. *PhD Dissertation*. Adelaide: The Uiversity of Adelaide.

Subandi, M.A. (2013). *Psikologi Agama dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Subandi (2015). Kesehatan Jiwa Dalam Perspektif Budaya Dan Agama. *Naskah Pidato Guru Besar*. Yogyakarta; Universitas Gadjah Mada

Surís, A. Holliday, R. & North, C.S. (2016). The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral Science*, *6*(5). DOI:10.3390/bs6010005

Suhail, K. & Cochrane, R. (2002). Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. *International Journal of Social Psychiatry, 48*(2), 126-38 DOI: 10.1177/002076402128783181.

Sulaiman, S.O.Y., Bhugra, D. & Da Silva, P. (2001) Perceptions of Depression in a Community Sample in Dubai. *Transcultural Psychiatry, 38*, 201-218. http://dx.doi.org/10.1177/136346150103800204

Uluşahin, A., Başoĝ̂lu, M. & Paykel, E.S. (1994) A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 29, 31–39.

Warner, R. (1992). Commentary on Cohen, prognosis for schizophrenia in the third world. *Culture, Medicine and Psychiatry, 16*(1), 85-88.

WHO. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research.* Geneva: World Health Organization.

Zaumseil, M., & Lessmann, H. (1995). *Dealing with Schizophrenia in Central Java.* http://www.fu-berlin.de/psychologie/klinische/ java_99.pdf.

Zhong, J. (2011). Working with Chinese Patients: Are there Conflicts Between Chinese Culture and Psychoanalysis? *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, *8*, 218–226 DOI: 10.1002/aps.304

Zhu, L. 2018. Depression Symptom Patterns and Social Correlates among Chinese Americans. *Brain Science*, *8*(1)16. DOI: 10.3390/brainsci8010016

M.A. Subandi. *Cultural aspects have been given attention since the early development of modern psychology in general and particularly in clinical psychology (psychiatry). This paper discusses the relationship between mental health and culture from two sides, namely mental disorders and psychotherapy. For mental disorders, culture has been integrated into the diagnosis system. Since ICD-10 (International Classification of Diseases) and DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual), cultural aspects have been included. The Appendix of these diagnosis systems describes quite detail about many different kinds of cultural-bound syndrome. Even in the DSM-5, culture is included as part of a diagnostic process called 'Cultural Formulation'. Meanwhile, many studies have been conducted to examine the role of culture in specific forms of mental disorders, such as anxiety, depression, and psychosis (schizophrenia). Culture is also closely related to psychotherapy. There have been many efforts to adapt some therapy techniques developed from Western culture to suit local cultures. On the other hand, Western professionals have also adopted various therapy from different cultures, such as mediation therapy, yoga, and mindfulness. This paper is closed by calling on the immediate revision of PPDGJ-III (Pedoman Penggolongan Gangguan Jiwa), which is already 30 years old, by incorporating culture in PPDGJ IV. Particularly the principles of 'Cultural Formulation' from the DSM-5 needs to be used to establish a diagnosis.*

Bab 33. Kontestasi Diskursif di Balik Konsep dan Praktik Kesehatan Mental: Kekuasaan, Kolonialisme, dan Kapitalisme

Teguh Wijaya Mulya

Prolog: Dua Narasi Nyata

Narasi 1: Seorang teman lama menelepon saya...

Joni (samaran) : *Guh, ya opo kabarmu? Koen sik ndosen nang psikologi Ubaya tah? Aku ate takok2 iki.* (Guh, bagaimana kabarmu? Kamu masih menjadi dosen di psikologi Ubaya kan? Aku mau tanya-tanya nih.)

Teguh : *Oh iyo, Jon, ayo koen ate takok opo?* (Iya, Jon, ayo kamu ingin bertanya apa?)

Joni : *Aku koq akhir-akhir iki sering krungu-krungu-en yo.. sampe poseng aku gak iso ngurus toko. Enake diopokno iki?* (Aku kok akhir-akhir ini sering mendengar suara-suara ya.. sampai pusing aku tidak bisa mengurus toko. Sebaiknya diapakan ini?)

Teguh : *Oya tah? Mulai kapan? Sepiro seringe?* (Oya kah? Sejak kapan? Seberapa sering?)

Narasi 2: Obrolan dengan teman kerja paruh waktu...

Rony (samaran) : *You know, Teguh, when I wrote my masters' thesis I was depressed. So I went to the counselor, was refered to a psychiatrist, and they gave me pills.* (Tahu tidak, Teguh, ketika aku menulis thesis S2 aku depresi. Jadi aku ke konselor, direfer ke psikiater, dan diberi pil.)

Teguh : *Oww... when was that? Are they expensive?* (Oh, kapan itu? Mahal kah?)

Rony : *No, no, it's completely free, covered by our public health system. It was a year ago, and it is still free until now.* (Tidak koq, gratis. Dibayari oleh sistem kesehatan kami. Kira-kira setahun yang lalu, dan masih gratis hingga sekarang.)

Teguh : *You are on anti-depressant until now??* (Kamu masih minum anti-depresan sampai sekarang??)

Rony : *Yes, I am. I'm not depressed anymore, but when I stop taking the pills my body feels not great, I cannot work.* (Iya. Aku tidak depresi lagi, tapi kalau berhenti minum pil tubuhku tidak enak, tidak bisa bekerja.)

Menyoal Depolitisasi Kesehatan Mental

Kesehatan mental (dan gangguan mental) umumnya dipandang sebagai konsep yang apolitis. Muncul dari tradisi psikiatri dan psikologi, konsep kesehatan mental – seperti halnya kesehatan jasmani – sering dianggap sebagai sesuatu yang netral, objektif, dan baik untuk semua orang; tidak ada hubungannya dengan ideologi, kepentingan, maupun kekuasaan. Padahal, seperti pada dua narasi nyata di atas, kondisi sehat mental berkelindan secara rumit dengan hal-hal politis, sosial, bahkan kapitalis, misalnya keputusan Pemerintah untuk menanggung atau tidak menanggung obat psikiatris, hasrat perusahaan farmasi mengejar profit, hingga stigma sosial yang dapat mengakhiri karier, pernikahan, dan hak legal orang dengan gangguan jiwa. Di narasi pertama saya sempat mengalami dilema nurani hebat. Di satu sisi saya ingin teman lama ini mendapatkan jalan keluar; tapi di sisi lain, saya tidak tega membayangkan sisa hidupnya secara personal, sosial, dan legal jika terdiagnosis skizofrenik. Saat itu pun saya sudah mulai meragukan "objektivitas" diagnosis sehat/gangguan mental berbasis *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa* (PPDGJ),

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), atau *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) yang umumnya merepresentasikan diri sebagai steril dari hal-hal ideologis.

Tulisan ini mengajak pembaca untuk menengok kemungkinan bahwa kesehatan mental adalah konsep yang politis-ideologis, dalam artian melibatkan relasi kuasa yang mungkin opresif. Menggunakan kacamata psikologi diskursif, pertanyaan utama yang hendak dijawab tulisan ini adalah: "Diskursus apa saja yang beroperasi di balik konsep kesehatan mental, apa konsekuensinya, dan alternatif apa yang tersedia?" Meskipun berangkat dari psikologi, tulisan ini tidak bisa terlepas dari dan akan menyinggung ilmu-ilmu psi (*psy-complex)* yang lain seperti psikiatri, psikoterapi, *psychiatric nursing*, maupun *psychiatric social work*. Selain telaah pustaka, argumen-argumen saya di sini berbasiskan refleksi kritis atas pengalaman saya selama 15 tahun mengajar psikologi di Indonesia (walaupun bukan seorang psikolog) dan 2 tahun menjadi pekerja sosial di panti untuk orang dengan gangguan jiwa di Selandia Baru.

Sedikit pengantar teoretis, psikologi diskursif adalah cabang psikologi yang menerapkan teori-teori diskursus untuk menelaah perilaku manusia. Diskursus (*discourse*, kadang diterjemahkan sebagai wacana) adalah seperangkat asumsi yang saling terhubung yang memampukan individu memaknai pengalamannya. Diskursus bersifat kontekstual-historis, majemuk, terus berubah, bertabrakan satu sama lain, dan terkait dengan operasi kekuasaan (Weedon, 1987). Jika kita memandang psikologi sebagai sebuah diskursus, misalnya, kita dapat melihat bagaimana seperangkat asumsi ini memampukan kita memahami perilaku manusia sebagaimana diatur oleh prinsip atau hukum tertentu, seperti pengondisian operan atau mekanisme evolusioner. Cara memberi makna pada perilaku manusia ini hadir dalam dan berasal dari situasi budaya dan sejarah tertentu, yaitu tradisi ilmiah modern Barat. Sepanjang sejarah dan lintas budaya, ada berbagai cara lain untuk memahami perilaku manusia yang dapat bersaing dengan psikologi. Di sini, yang relatif jarang didiskusikan adalah operasi kekuasaan yang tersirat dalam ilmu tentang perilaku manusia yang mengaku objektif ini, seperti patologisisasi seksualitas sesama jenis di masa lalu yang telah menindas kaum gay, lesbian, dan biseksual. Dalam hal ini, psikologi mungkin

telah menjadi alat kekuasaan untuk mengatur, mengendalikan, dan bahkan menindas kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat modern. Mulai muncul sekitar 30 tahun yang lalu, psikologi diskursif membongkar atmostfir objektif dan individualistik dari psikologi arus utama dan menunjukkan bahwa perilaku manusia secara rumit terjerat dalam gurita relasi kuasa, atau lebih tepatnya, bagaimana fenomena psikologis secara diskursif dibentuk melalui bahasa dalam konteks sosio-politik-historis tertentu.

Tulisan ini akan berfokus pada tiga diskursus yang saya temukan telah beroperasi di balik konsep dan praktik kesehatan mental global, yaitu diskursus biomedis yang positivistik-otoritatif, diskursus kolonial Barat, dan diskursus kapitalisme neoliberal. Saya akan mendemonstrasikan bagaimana diskursus-diskursus ini beroperasi dan apa konsekuensinya. Di akhir ~~bab~~ tulisan ini, saya mengeksplorasi diskursus alternatif yang mungkin lebih etis dan manusiawi dalam memahami dan mempraktikkan kesehatan mental.

Diskursus Biomedis yang Positivistik-Otoritatif: (Tidak) Universal, (Tidak) Netral, dan (Tidak) Objektif?

Memang betul kesehatan mental adalah konsep yang *enabling* atau memampukan secara diskursif. Konsep ini memampukan kita berpikir tentang pentingnya kondisi diri, bukan hanya secara jasmani tetapi juga psikologis, sosial, dan spiritual, agar dapat bertumbuh dan mengaktualisasikan diri. Tanpa konsep ini, sulit bagi kita mengartikulasikan pentingnya kondisi diri yang baik tersebut. Secara diskursif, apa yang tidak dapat diartikulasikan itu tidak eksis, bahkan tidak "ada". Konsep kesehatan mental pada remaja, misalnya, memungkinkan pendidik masa kini menaruh perhatian pada pentingnya remaja bahagia dengan hidupnya - sama pentingnya dengan kesehatan jasmani - bukan hanya terus-menerus memberikan tuntutan belajar/berprestasi. Dalam hal ini, konsep kesehatan mental membawa dampak yang memanusiakan.

Namun ada konsekuensi lain yang perlu kita telaah lebih mendalam, seperti bagaimana mengartikulasikan "sehat mental" tidak bisa dilakukan tanpa mengandaikan kondisi sebaliknya, yaitu "gangguan mental". Apa itu sehat secara intuitif didefinisikan dalam hubungan terbalik dengan kondisi sakit. Secara

historis, konsep kesehatan mental memang bermula dari studi-studi gangguan mental, hanya saja sekarang lebih bernada positif, memfokuskan diri ke bagaimana caranya sehat dan produktif, bukan hanya ketiadaan penyakit/gangguan. Namun demikian, tetap saja perhatian pada ketiadaan gangguan seperti depresi, kecemasan, dan bunuh diri masih cenderung mendominasi percakapan akademis maupun publik tentang kesehatan mental masa kini.

Permasalahannya, definisi, spesifikasi, dan kategorisasi tentang apa itu gangguan mental sering kali problematik, karena gangguan mental memiliki dinamika onto-epistemologis yang berbeda dengan penyakit fisik secara umum, baik dalam proses konseptualisasi, diagnostik, maupun penanganannya (Seidmann & Di Iorio, 2015). Akar permasalahannya ada pada tradisi biomedis dimana konsep kesehatan mental lahir dan dibesarkan, terutama landasan paradigma positivisme yang menawarkan objektivitas, universalitas, dan netralitas, serta mendikotomi ahli vs pasien. Ilmu-ilmu medis pada umumnya menggunakan asumsi-asumi ilmu pasti/alam/eksakta, misalnya bahwa hakikat realitas itu mekanistik, terpola, dapat diukur, dan dikuantifikasi; bahwa pengetahuan itu eksis di luar persepsi si pengetahu sehingga dapat diperoleh secara objektif; dan bahwa nalar sehari-hari (*common sense*) sifatnya inferior dibandingkan temuan ilmiah, misalnya bahwa bumi lah yang mengelilingi matahari sekalipun mata kita melihat sebaliknya. Semua asumsi itu tidak terlalu menjadi masalah ketika diterapkan pada kesehatan fisik; tapi pada konteks kesehatan mental, ceritanya menjadi berbeda.

Satu perbedaan paling mengkhawatirkan adalah evolusi pedoman diagnostik gangguan mental seperti DSM dan ICD sebagai “kitab suci” yang dianggap “objektif” dan menentukan nasib seorang pasien. Pedoman diagnostik ini didasarkan pada pemisahan antara apa yang normal dan abnormal; logikanya, seperti tubuh yang tidak berfungsi normal, maka muncullah kondisi sakit. Sayangnya, logika positivistik di sini tidak mampu mendekati fenomena sosial secara akurat: apa yang normal dan abnormal secara mental jauh lebih rumit dan carut marut. Jika menengok sejarah sejenak, kita dengan mudah dapat menemukan bukti-bukti bahwa gangguan mental bukanlah hal yang objektif, netral, dan universal (Beck & Glazier, 2019). Banyak hal yang dulu dianggap

gangguan mental namun sekarang tidak lagi. Sebaliknya, sekarang banyak tipe gangguan mental baru yang dulunya tidak ada. Drapetomania, misalnya, atau sering disebut sebagai "sindrom budak yang melarikan diri", dulu adalah jenis gangguan mental. Para budak yang mencari kebebasan di-patologisasi sebagai terganggu mentalnya sehingga perlu disembuhkan. Contoh gangguan mental lain yang sudah dihapus adalah histeria. Sebagai bagian dari kontrol patriarkal terhadap perempuan, histeria mempatologisasi emosi-emosi yang saat ini kita anggap normal-normal saja. Di DSM-II, orientasi seksual sesama jenis digolongkan sebagai gangguan mental, sementara sekarang merupakan hak asasi yang perlu dilindungi. Identitas sebagai waria dan priyawan adalah gangguan mental di DSM-IV, namun di edisi selanjutnya hanya disforia-nya yang dinyatakan sebagai gangguan, bukan identitasnya. Walau beberapa gangguan mental ini sudah dihapuskan, di sisi lain pertambahan jenis gangguan mental baru meningkat tajam setiap kali edisi DSM keluar, misalnya gangguan komunikasi sosial, gangguan penimbunan (*hoarding*), gangguan penggunaan kafein, gangguan *skin-picking,* dan lain-lain. Lalu bagaimana tanggung jawab etisnya jika sebuah label diagnostik (yang bisa jadi punya kekuatan stigmatif untuk mengakhiri karier, pernikahan, dan hak legal seseorang) ternyata dihapus di edisi DSM atau ICD selanjutnya?

Jika ditelusuri lebih ke belakang lagi, ahli-ahli sejarah sudah mendemonstrasikan bagaimana perlakuan terhadap mereka yang disebut "gila" berubah-ubah sepanjang zaman, dan selalu terkait dengan agenda rezim kekuasaan/ideologi yang dominan (Foucault, 1988). Ada sebuah masa ketika si "gila" disebut kerasukan setan, dan obatnya adalah eksorsisme. Dalam diskursus religius yang dominan, kegilaan dimaknai melalui lensa spiritual. Ada kalanya momen kekambuhan si "gila" dianggap sebagai jendela menuju Sang Ilahi, seperti di masa *Renaissance* di abad pertengahan Eropa. Ketika rezim rasionalitas Barat mulai dominan di pertengahan abad 17, si "gila" disingkirkan dari masyarakat, disatukan dengan para "pelacur" dan "penista agama" (disebut *the Great Confinement*), dan diobati ketidakrasionalannya dengan beragam penghukuman agar mereka kembali ke jalan moral yang benar. Penguasa-penguasa di zaman itu senang-senang saja dengan cara efektif menyingkirkan

mereka-mereka yang tidak disukai di masyarakat seperti itu. Di akhir abad 18, barulah rezim sains empiris melahirkan rumah sakit-rumah sakit jiwa dimana si "gila" diobati oleh dokter-dokter medis, termasuk dengan cara lobotomi, yaitu melubangi tengkorak dengan bor. Saat ini lobotomi seperti itu tentu sudah tidak dipraktikkan lagi. Singkatnya, banyak hal tidak etis telah dilakukan pada mereka yang dilabel "gila" sepanjang sejarah dan lintas konteks budaya. Jangan-jangan, cara yang sekarang ini diyakini etis (berdasarkan ilmu yang objektif, netral, universal) bisa jadi dianggap tidak etis di masa depan. Mungkin, rezim kepastian ilmiah – dengan asumsi objektivitas, netralitas, dan universalitasnya – adalah hal utama yang harus diwaspadai dalam kajian kesehatan mental abad 21 ini.

Hal lain yang mengkhawatirkan sebagai konsekuensi dari diskursus biomedis adalah posisi otoritatif yang dilekatkan pada ilmu dan praktisi kesehatan mental. Studi eksperimental klasik Rosenhan (1973) adalah contoh paling jelas. Sayangnya, studi ini jarang diajarkan di kurikulum psikologi Indonesia. Eksperimennya sederhana, Rosenhan dan tujuh volunteer lain yang sepenuhnya sehat mental datang sendirian ke rumah sakit jiwa dan berpura-pura menceritakan bahwa mereka mengalami episode halusinasi auditori (seperti yang dialami Joni teman lama saya). Rumah sakit jiwa yang didatangi beragam, baik di kota besar maupun kecil, negeri maupun swasta, dengan fasilitas lengkap maupun terbatas, di seluruh Amerika Serikat. Begitu diterima sebagai pasien inap, mereka mengaku simtom hilang sama sekali dan berperilaku sepenuhnya normal. Hasil eksperimen menunjukkan bahwa tidak ada satu pun petugas yang mampu mendeteksi mereka sebagai pasien palsu. Analisis terhadap catatan harian petugas menunjukkan bahwa label diagnostik skizofrenik membentuk/memengaruhi persepsi petugas tentang perilaku pasien. Perilaku sehari-hari seperti mengomel dan marah dengan cepat dipersepsikan sebagai patologis. *Setting* rumah sakit dan beban kerja petugas yang tinggi juga membuat petugas tidak banyak berinteraksi secara humanis dengan pasien, sekalipun pasien mencoba menginisiasinya. Apa pun yang dikatakan pasien tidak dipercaya sepenuhnya. Rosenhan dan tujuh volunteer lain merasakan dua hal utama selama tinggal di sana: ketidakberdayaan dan dehumanisasi. Ia menyimpulkan (1973, hlm. 397)

> *...we have known for a long time that diagnoses are often not useful*

> *or reliable, but we have nevertheless continued to use them. We now know that we cannot distinguish insanity from sanity. It is depressing to consider how that information will be used.*
>
> (... kita [praktisi kesehatan mental] sudah lama tahu bahwa diagnosis seringkali tidak berguna atau tidak reliabel, tapi kita terus memakainya. Kita tahu sekarang bahwa kita tidak bisa memisahkan kegilaan dan kewarasan. Adalah hal yang sangat menakutkan jika memikirkan bagaimana informasi tersebut akan digunakan.)

Di satu sisi, eksperimen Rosenhan telah mendorong reformasi de-institusionalisasi psikiatri, yang juga telah dan terus terjadi dengan baik di Indonesia. Namun di sisi lain, Rosenhan menunjukkan problem yang lebih mendasar, yaitu ketimpangan kekuasaan antara pasien yang tak berdaya dan praktisi kesehatan mental yang otoritatif akibat hakikat biomedis ilmu-ilmu psi yang berlandaskan paradigma positivisme, atau yang oleh Foucault (1975) disebut "*the medical gaze*". Ketimpangan inilah yang masih sulit tergoyahkan hingga sekarang. Rosenhan mengingatkan bahwa praktik-praktik tak manusiawi yang ia alami tidak seyogianya dituduhkan ke petugas secara individu. Nyatanya, banyak di antara mereka adalah individu yang tulus, baik hati, dan cerdas. Seluruh bangunan onto-epistemo-metodo-etis dari ilmu-ilmu psi lah yang membuka ruang bahkan menciptakan praktik-praktik tak manusiawi tersebut; dan itulah yang perlu dipertanyakan secara kritis. Kabar buruknya lagi, diskursus biomedis positivistik-otoritatif di balik konsep dan praktik kesehatan mental ini tidak hadir di ruang hampa, tapi dalam arena percaturan politik-ekonomi global yang rumit, tidak setara, dan diwarnai warisan kolonial – dan ini adalah diskursus kedua yang akan saya bahas berikutnya.

Diskursus Kolonialisme Barat: Imperialisme Biomedis, Penjajahan Akal Budi?

Dalam berkarier sebagai peneliti psikologi di Indonesia, saya acapkali frustrasi dengan kuatnya orientasi pragmatis ilmu dan penelitian psikologi Indonesia, baik pada tataran kebijakan nasional, keinginan penyandang dana

riset, sarana publikasi yang tersedia, hingga percakapan sehari-hari dengan kolega. Analisis kritis-konseptual yang saya pakai sering tidak *nyambung* dengan terminologi aplikatif seperti implementasi teknologi, inovasi, persaingan global, dan dampak langsung bagi masyarakat. Bagi Claudia Derichs (2017), seorang profesor Jerman, hal ini adalah ketidakadilan yang tidak mengejutkan karena diskursus kolonial masih dominan dalam produksi pengetahuan ilmiah global, dalam arti bahwa ilmu dikembangkan di Barat lalu diuji/diterapkan di negara-negara berkembang.

Bidang kesehatan mental pun tak terkecualikan. Ada ketimpangan yang terlalu nyata untuk diabaikan: peneliti-peneliti Indonesia tidak memiliki kapasitas dan kesempatan yang sama untuk mendefinisikan gangguan/sehat mental dibandingkan peneliti-peneliti Barat. Kita adalah pengguna, atau lebih tepatnya, kita adalah objek terapan dari konsep asing yang diciptakan tanpa mempertimbangkan kontekstualitas pengalaman kita. Di bagian ini saya akan mencoba menguraikan lebih detail bagaimana diskursus kolonialisme Barat beroperasi di balik ilmu dan praktik kesehatan mental di Indonesia, termasuk untuk kepentingan siapa dan apa konsekuensinya.

Secara historis, praktik kesehatan mental di berbagai negara berkembang saat ini memang adalah warisan pemerintahan kolonial. Beberapa rumah sakit jiwa besar di Indonesia seperti di Bogor, Lawang, Solo, dan Magelang, misalnya, didirikan oleh penjajah Belanda di akhir abad 19/awal abad 20. Bukan berarti semua yang diinisiasi oleh penjajah atau berasal dari Barat serta merta buruk. Saya tidak sedang mendemonisasi asing dengan nada chauvinistik ala kampanye politik elektoral. Saya hanya mengajak kita mencermati logika-logika kolonial yang secara halus dan terselubung telah menginfiltrasi cara berpikir dan praktik kesehatan mental masa kini, serta mengevaluasi apakah dampaknya bersifat memanusiakan dan berkeadilan, atau tidak.

World Health Organization (WHO) dan organisasi-organisasi global lain seperti *Movement for Global Mental Health* (MGMH) telah menyerukan perlunya "*scaling up*" atau memperbesar skala jangkauan layanan kesehatan mental di dunia, terutama di negara-negara berkembang. Seruan ini sering disertai statistik yang mencengangkan tentang estimasi buruknya kondisi kesehatan

mental global, misalnya "450 juta orang di seluruh dunia menderita setidaknya satu gangguan mental di dalam hidupnya" (WHO, 2001, h. 6), dan minimnya ketersediaan layanan kesehatan mental, seperti "(di negara berkembang) 76-85% orang dengan gangguan jiwa berat tidak mendapatkan penanganan" (WHO, dikutip dari undangan penulisan buku ini). Retorika senada – yaitu, tingginya kasus dan rendahnya layanan kesehatan mental – juga sering dipakai di Indonesia, seperti di tulisan undangan penulisan buku ini (bagian "Dasar Pemikiran"). Seruan-seruan ini umumnya tidak dipandang mencurigakan, karena tidak terasa ada kepentingan pihak-pihak tertentu. Namun, jika kita memikirkan seruan-seruan ini secara kritis dan menempatkannya dalam perspektif sosial-politik-ekonomi percaturan dunia saat ini, kita akan dapat melihat pertarungan wacana, imperialisme ideologis, warisan kolonial, kapitalisme global, dan marketisasi industri ilmu-ilmu psi di balik *scaling up* gerakan kesehatan mental global (Beck & Glazier, 2019). Sebelum mendiskusikan kapitalisme global di bagian selanjutnya, terlebih dulu saya akan berfokus ke kritik pasca-kolonial.

Salah satu tulisan paling berpengaruh di bidang ini adalah buku *Decolonizing Global Mental Health* karya peneliti Oxford, China Mills (2014), yang membongkar rezim cara pikir kolonial yang bercokol dalam gerakan kesehatan mental global. Ia memulai bukunya dengan narasi Meesha (samaran), seorang perempuan terdiagnosis skizofrenik di India selatan yang tinggal di unit perawatan milik sebuah LSM kesehatan mental. Berbicara dalam bahasa Tamil, Meesha menceritakan tentang ibunya yang – sama seperti dia – mendengar suara-suara (seperti Joni teman lama saya). Ia mengakui Ibunya sebagai "*psychiatric patient*", dalam bahasa Inggris. Selama percakapan, hanya dua kata ini sajalah yang ia katakan dalam bahasa Inggris. Ketika ditanya apakah ia sendiri adalah pasien psikiatris, Meesha menjawab tidak, karena rambutnya tersisir rapi, tidak awut-awutan. Ketika ditanya mengapa Meesha meminum obat yang diberikan jika tidak merasa pasien psikiatris, ia menjawab: "*to be cured of this place*"/supaya sembuh (dan boleh pulang) dari tempat ini.

Bagi Mills yang menyaksikan dengan mata kepala sendiri, adegan ini memberikan kesan yang sangat kolonial setidaknya melalui dua mekanisme. Pertama, cara pikir diagnostik yang asing (terlihat dari istilah bahasa Inggris yang

dipakai, mungkin karena tidak ada padanan lokalnya), yang Mills sebut dengan "*diagnostic creep*" atau rayapan diagnostik. Bersama dengan datangnya ilmu, praktik, dan dana bantuan kesehatan mental, mekanisme klasifikasi psikiatris Barat merayapi kesadaran masyarakat lokal. Mereka dibuat berpikir tentang diri dan pengalamannya menggunakan kerangka pikir asing yang diposisikan superior dibandingkan pengetahuan lokal. Dikemas sebagai "edukasi tentang kesehatan mental", psikiatrisasi dan psikologisasi dianggap proses mulia untuk mencerdaskan dan menyejahterakan masyarakat yang dianggap "tertinggal", padahal pendekatannya malah melanggengkan penjajahan akal budi (*colonisation of the mind*). Contoh lain adalah istilah *anxiety* yang tidak ditemukan dalam kosakata sehari-hari masyarakat berbahasa Arab seperti di Mesir (Beck & Glazier, 2019). Demikian juga istilah *depression* yang diterjemahkan langsung sebagai depresi dalam bahasa Indonesia karena tidak ada padanan lokalnya. Jika bahasa memang menciptakan (persepsi tentang) realitas seperti yang diteorikan filsafat pascamodern, maka istilah-istilah buatan peneliti asing yang tidak pernah memahami dan bahkan tidak mau mencoba memahami kompleksnya cara berpikir lokal ini adalah cara arogan untuk mengolonisasi masyarakat lokal dengan dalih peningkatan kesehatan mental.

Nuansa kolonial kedua yang disoroti Mills adalah intervensi psikiatris – yang bersifat pengasingan, individual, dan dipaksakan – yang diterapkan dalam konteks ketimpangan kekuasaan antara si pemberi dan penerima intervensi. Meesha dicerabut dari rumah, keluarga, dan kampungnya – urat nadi kehidupan masyarakat kolektif – dan diinapkan di unit perawatan. Meesha merujuk unit tersebut sebagai "penyakit" itu sendiri, dan ia ingin segera pulang sehingga ia *manut* atau patuh saja disuruh minum obat. Praktisi kesehatan mental menempatkan sumber masalah di dalam diri Meesha, tepatnya, pada ketidakseimbangan biokimia otaknya, sehingga solusinya adalah obat. Meesha menempatkan sumber masalah di luar dirinya: pada unit perawatan, obat, diagnosis, intervensi, dan pendekatan ilmu-ilmu psi yang tidak menghargai cara pikirnya. Namun, Meesha tentu tidak didengarkan, toh dia "gila". Memang benar bahwa deinstitusionalisasi sudah dan sedang dihapuskan dari praktik psikiatris global, namun penggantinya tidak kalah menakutkan, yaitu pemenjaraan kimiawi, persis seperti pengalaman

Rony teman kerja paruh waktu saya. Bukan hanya di luar negeri, di Indonesia pun tidak sulit menemukan narasi-narasi klien konseling yang depresi, dirujuk ke psikiater dan berujung mengonsumsi anti-depresan. Cerita seorang kawan lain, dia menjadi depresi karena menghadapi tuntutan performa kerja yang tidak masuk akal dengan gaji kecil, sementara orang tuanya sakit dan membutuhkan perawatan dengan biaya yang sangat besar. Oleh kaum kapitalis opresif, depresi dipandang semata sebagai gejala ketidakseimbangan biokimiawi, sementara minimnya perlindungan buruh dan panjangnya antrian sistem layanan kesehatan publik yang sangat mungkin menyebabkan depresi, sama sekali tidak disentuh.

Praktik kesehatan mental semacam ini tak pelak membangkitkan ingatan akan pengalaman kolonial, yaitu peminggiran terhadap kebijaksanaan dan cara berpikir lokal. Mirip seperti penjajah yang datang membawa misi agama monotheistik lalu mendemonisasi spiritualitas lokal, ilmu dan praktik kesehatan mental impor ini mempopulerkan *global norm* atau standar universal agar kesehatan mental dapat diukur, dikuantifikasi, dan dibandingkan secara lintas negara. Kehadiran "rezim kebenaran tunggal" ini mengakibatkan terpinggirkannya keragaman cara dalam memahami diri. Bukan berarti segala sesuatu yang indigenus pasti lebih manusiawi, namun setidaknya dialog dan pengakuan akan adanya "kebenaran-kebenaran lain" akan memunculkan fertilisasi silang yang lebih berkeadilan daripada imperialisme biomedis belaka. UU Kesehatan Jiwa tahun 2014, misalnya, memang mengakui keberadaan pendekatan kesehatan mental alternatif, namun semua harus "dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya" dan harus "dibina dan diawasi oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah"(Pasal 23). Secara tidak langsung, UU ini memosisikan ilmu-ilmu psi Barat modern sebagai satu-satunya yang terpercaya, berbasiskan bukti ilmiah, dan dapat dipertanggungjawabkan. Jangan-jangan, UU negara kita sendiri tanpa disadari telah membeo dan melegitimasi kolonialisme terselubung? Pertanyaan lain yang perlu diajukan adalah, siapa yang diuntungkan oleh psikologisasi dan psikiatrisasi masyarakat global ini? Tak bisa dipungkiri, ilmu-ilmu psi telah menjadi industri global bernilai miliaran dolar dan berusaha terus mempertahankan profitnya. Saya akan membahasnya dalam diskursus ketiga berikut ini.

Diskursus Kapitalisme Neoliberal: Marketisasi Industri Kesehatan Mental?

> ...sebagai upaya menanggapi program Presiden Joko Widodo periode kedua tentang SDM Unggul, para narasumber sepakat bahwa kesehatan fisik maupun jiwa merupakan prasyarat utama untuk menghasilkan manusia-manusia unggul Indonesia. (Diskusi DPR RI dan Harvard Club Indonesia, 10 September 2019, dikutip dari undangan penulisan buku ini)

Istilah "sumber daya manusia" menempatkan manusia sebagai sumber daya. Sang manusia – dengan segala esensi kemanusiaannya – dipandang sebagai "sumber daya" untuk mencapai sesuatu yang lain, umumnya, tujuan-tujuan kapitalistik. Oleh karena itu manusia perlu dikelola dan kesejahteraannya (termasuk kesehatan fisik dan mentalnya) harus dijaga, supaya ia dapat berkontribusi untuk tujuan-tujuan yang lebih "besar" tersebut. Dengan kata lain, kebahagiaan, kesejahteraan, dan memanusiakan manusia sesungguhnya hanyalah "jalan" atau "cara" agar "sumber daya" ini dapat dimaksimalkan produktivitasnya. Apakah ini manusiawi? Jangan-jangan, istilah sumber daya manusia sejatinya mengandaikan ke-tidak-manusiawi-an, karena secara implisit memosisikan manusia semata-mata sebagai objek kapitalisme.

Diskursus ketiga yang dibahas di bab ini adalah diskursus kapitalisme neoliberal yang juga beroperasi di balik konsep kesehatan mental. Kapitalisme telah bertransformasi sejak kelahirannya di abad 16 hingga saat ini, dan kini ciri utamanya adalah penetrasi ideologi pasar bebas di konteks dunia yang semakin terhubung. Bukan hanya sistem ekonomi, kapitalisme menjadi ideologi sosial-politik yang menginfiltrasi seluruh aspek kehidupan, dari desain tata ruang kota, pilihan jurusan yang tersedia di universitas, hingga ke tataran psikologis seperti lumrahnya promosi diri via media sosial. Inilah yang disebut neoliberalisme, yaitu meresapnya agenda transformasi pasar bebas dalam setiap kapiler kehidupan manusia.

Bidang kesehatan mental pun tidak luput dari agenda kapitalistik neoliberal ini. Yang paling banyak disoroti tentu adalah perusahaan-perusahaan farmasi yang meraih profit menggunung seiring merebaknya diagnosis psikiatris

(Healy & Thase, 2003; Sharfstein, 2008). Sudah ditemukan bukti-bukti terpercaya yang menunjukkan relasi saling menguntungkan antara perusahaan-perusahaan farmasi dengan para psikiater, mulai dari psikiater akar-rumput yang menulis resep hingga psikiater elit yang menentukan revisi DSM (Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan, & Schneider, 2006). Pertimbangan-pertimbangan komersial seringkali mendominasi riset dan marketisasi obat-obat psikotropika ini (Moncrieff, Hopker, & Thomas, 2005). Celah-celah metodologis pun dimaksimalkan agar uji klinis obat-obat psikiatris baru dapat cepat lolos dengan hasil positif (Perlis, et al., 2005). Seperti pengalaman Rony teman kerja paruh waktu saya, di banyak negara Barat obat-obatan psikiatris ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah. Artinya, profit perusahaan-perusahaan farmasi ini berasal dari uang rakyat/pajak. Padahal, mulai ada bukti-bukti kuat bahwa obat-obatan psikotropika tidak menunjukkan efektivitas seperti yang diklaim oleh para penjualnya (Mills, 2014). Bahkan sudah mulai ada profesor-profesor psikiatri kelas dunia yang berbicara lugas menentang penggunaan obat psikiatris berlebihan. Debat Peter Gøtzsche melawan Alan Young dan John Crace (2015) yang dimuat dalam the *British Medical Journal*, misalnya, menunjukkan bahwa kedua kubu memiliki bukti-bukti ilmiah kuat untuk mendukung argumennya. Pihak yang menolak, Peter Gøtzsche, menyimpulkan (h. 2):

> *Given their lack of benefit, I estimate we could stop almost all psychotropic drugs without causing harm—by dropping all antidepressants, ADHD drugs, and dementia drugs ... and using only a fraction of the antipsychotics and benzodiazepines we currently use. This would lead to healthier and more long lived populations. Because psychotropic drugs are immensely harmful when used long term*.
> (Mempertimbangkan manfaatnya yang rendah, saya memperkirakan kita bisa menghentikan hampir semua obat psikotropika tanpa menyebabkan bahaya – menghapus semua anti-depresan, obat ADHD, dan obat demensia ... dan menggunakan hanya sebagian kecil obat antipsikotik dan benzodiazepines yang sekarang sudah kita gunakan. Ini akan membuat populasi lebih

sehat dan hidup lebih lama. Karena obat-obatan psikotropika sangat berbahaya jika digunakan untuk jangka panjang.)

Berefleksi pada pengalaman saya bekerja dua tahun di panti untuk orang dengan gangguan jiwa, saya pun cenderung mendukung usulan Gøtzsche. Saya melihat sendiri bagaimana efek samping obat-obatan psikotropika pada klien. Saya bercakap-cakap panjang lebar dengan orang tua para klien yang pusing tujuh keliling karena hakikat efek obat yang tidak pernah pasti dan berubah-ubah sekalipun ditangani oleh psikiater berpengalaman. Kisah tentang strategi *marketing* unik para *detailer* yang memasarkan obatnya ke psikiater bahkan sudah dianggap basi saking lumrahnya. Kesan yang terasa makin menguat di sini adalah bahwa kesehatan mental merupakan sebuah komoditas. Bukan berarti saya menyarankan penghapusan obat sama sekali. Saya mengadvokasi penggunaan yang bijak dan berfokus pada kesejahteraan jangka panjang, bukan hasrat kapitalistik maupun ketakutan terhadap audit jangka pendek.

Industri biomedis kesehatan mental tidak hanya mencakup obat psikotropika belaka. Layanan terapi, jasa konseling, pengetesan psikologis, seminar-seminar tentang kesehatan mental, aplikasi konseling kesehatan mental berbasis telepon genggam, hingga sertifikasi keterampilan psikoterapi bertarif mahal seperti hipnoterapi adalah ladang basah yang kerap dilirik para praktisi kesehatan mental bermental pengusaha, baik yang berlatarbelakang psikologi/psikiatri maupun bukan. Tidak hanya di ranah swasta, di ranah publik pun UU Kesehatan Jiwa tahun 2014 telah menuntut pemerintah untuk menyediakan layanan kesehatan jiwa di puskesmas, klinik pratama, rumah sakit umum, rumah perawatan (Pasal 48-49), bahkan setiap kabupaten/kota "wajib mendirikan fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat" (Pasal 58) yang meliputi "praktik psikolog, praktik pekerja sosial, panti sosial, pusat kesejahteraan sosial, pusat rehabilitasi sosial, rumah perlindungan sosial, pesantren/institusi berbasis keagamaan, rumah singgah, dan lembaga kesejahteraan sosial" (Pasal 55). Mengingat kondisi saat ini yang masih jauh dari memenuhi tuntutan undang-undang tersebut, Pemerintah berkewajiban melakukan "percepatan pengadaan sumber daya manusia di

bidang Kesehatan Jiwa" (Pasal 40). Artinya, akan ada lowongan pekerjaan yang berlimpah bagi lulusan ilmu-ilmu psi di Indonesia sesuai tuntutan undang-undang dan mereka akan digaji dengan anggaran negara. Tidak dapat dipungkiri bahwa ada perputaran uang yang tidak sedikit dalam industri ilmu-ilmu psi ini selain obat-obatan psikotropika, baik di sektor swasta maupun publik. Ketika sandang pangan sejumlah besar pekerja kesehatan mental dipertaruhkan, tidak mengejutkan jika kritik ilmiah mengenai efektivitas pendekatan biomedis kesehatan jiwa akan direspon secara defensif bahkan mungkin dengan emosional.

Psikologisasi dan psikiatrisasi masyarakat juga disukai pemerintah neoliberal yang cenderung mengindividuasi dan me-responsibilisasi masyarakat melalui mekanisme pasar, sehingga dapat mengalihkan perhatian dari masalah-masalah struktural yang lebih mendasar di balik problem-problem kesehatan mental seperti kemiskinan, rasisme, ketidakadilan gender, dan sistem kesehatan publik yang terus menerus defisit. Sebagai contoh, insiden-insiden awal brutalitas polisi Amerika Serikat terhadap warga kulit hitam di tahun 2016 (yang kemudian mencetuskan gerakan *Black Lives Matter*) semula direspon dengan menyalahkan oknum pelaku sebagai terganggu mentalnya, yaitu dengan menyoroti catatan sejarah kesehatan mental pribadinya. Institusi kepolisian Amerika saat itu menolak mengakui diskursus rasialis di balik insiden-insiden brutalitas anggotanya. Tentu mereka tidak dapat lagi mengelak seiring terlalu banyaknya insiden serupa. Psikologisasi dan psikiatrisasi menjadi "obat" yang lebih murah dan instan untuk memamerkan tanggung jawab pemerintah neoliberal merawat masyarakat, tanpa melakukan perubahan ideologis dan struktural secara mendasar. Contoh lain dari mahasiswa bimbingan saya yang bekerja di layanan konseling gratis pemerintah kota, misalnya, menunjukkan bagaimana teori-teori psikologi seperti pola asuh demokratis yang sering diagung-agungkan sebenarnya tidak relevan dengan kondisi keluarga miskin yang ayah-ibunya harus bekerja *shift*. Melakukan percakapan dialogis-demokratis dengan anak membutuhkan waktu, tenaga, dan kejernihan pikiran, yang seringkali tidak dimungkinkan setelah bekerja 14 jam sehari dan *diomeli* oleh atasan yang semena-mena. Konsep kesehatan mental mungkin merupakan kemewahan bagi kelas sosial tertentu, namun tidak cocok diterapkan begitu saja pada kelas sosial yang lain. Saya makin khawatir, jangan-

jangan psikologi adalah ilmu yang diciptakan dari, oleh, dan untuk masyarakat kelas menengah-atas.

Penutup: Adakah Alternatif di Luar Ilmu-ilmu Psi Arus Utama?

Saya telah membongkar setidaknya tiga diskursus dominan di balik konsep kesehatan mental, yaitu diskursus biomedis yang positivistik-otoritatif, diskursus kolonial Barat, dan diskursus kapitalisme neoliberal. Saya telah menunjukkan bukti-bukti beroperasinya ketiga diskursus ini beserta dampak-dampaknya. Pertanyaan penting di akhir bab ini adalah bagaimana cara kita *move on* dari ilmu-ilmu psi arus utama? Alternatif apa yang kita miliki jika ingin mengonseptualisasi dan mempraktikkan kesehatan mental yang tidak positivistik, tidak kolonial, dan tidak neoliberal? Untungnya, saya bukan orang pertama di dunia yang menanyakan hal ini. Sepanjang sejarah dan lintas budaya, sudah ada banyak usaha-usaha ke arah ini, hanya saja tidak banyak terdengar di ranah ilmu-ilmu psi arus utama.

Sekitar tahun 1960-70-an di negara-negara Barat ketika perjuangan hak-hak sipil menjadi roh zaman itu, sudah muncul gerakan-gerakan alternatif yang menyebut dirinya sebagai "anti-psikiatri", "psikiatri radikal", atau "psikiatri kritis" (Bracken & Thomas, 2010; Richert, 2013). Kelompok-kelompok ini menolak psikiatri dan psikologi klinis secara mendasar dan mencoba me-rekonseptualisasi kesehatan mental secara radikal. Namun gerakan-gerakan ini memang selalu marginal, tidak pernah menjadi arus utama. Di era masa kini, gerakan-gerakan ini bermanifestasi dalam lembaga *mental health watchdog* seperti *Citizens Commision on Human Rights* (www.cchr.org). Laman organisasi mereka menyediakan artikel dan dokumenter mengkritik psikiatri arus utama dan menghubungkan dengan penyedia-penyedia terapi alternatif. Beberapa contohnya adalah www.moshersoteria.com, www.blockcenter.com, www.ablechild.org, www.mindfreedom.org, dan *Institute for Progressive Medicine* (www.iprogressivemed.com). Ada pula komunitas penyintas psikiatrik yang membuat *support group* daring seperti www.hearing-voices.org untuk orang yang mendengar suara-suara, dan www.open-dialogue.net yang berasal dari sebuah

kota di Finlandia. Ada pula penulis-penulis buku yang menawarkan alternatif seperti *ecotherapy*, yang menghubungkan masalah kesehatan mental dengan keterpisahan masyarakat urban dari alam. Mungkin, depresi adalah ekses psikis dari kapitalisme yang memutuskan relasi fisik dan spiritual kita dengan alam, atas nama tuntutan kerja dan gaya hidup konsumeris?

Dalam konteks Indonesia, studi menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif pada psikolog klinis di Indonesia menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan cukup tahu, memiliki sikap cenderung positif, dan pernah secara pribadi menggunakan pengobatan tradisional, alternatif, dan komplementer, misalnya akupuntur, terapi aromatik, terapi energi, herbal, pijat, meditasi, yoga, hingga spiritual-keagamaan. Namun mereka berhati-hati menggunakannya dalam praktik profesional sebagai psikolog, ataupun merujuk kliennya ke praktisi pengobatan/metode tersebut karena beragam tantangan yang mereka hadapi sebagai tenaga kesehatan (Liem, 2020a; 2020b). Data ini adalah modal awal yang berharga jika kita ingin menelusuri potensi alternatif intervensi kesehatan mental dari konteks Indonesia.

Saran praktis yang dapat ditawarkan bagi pembuat kebijakan di bidang kesehatan mental adalah sebagai berikut:

1. Melakukan upaya-upaya membangun kesadaran masyarakat agar kritis terhadap otoritas biomedis terutama dalam konteks kesehatan mental, misalnya melalui diskursus hak-hak pasien/klien, sistem audit yang berfokus pada hak-hak klien, maupun edukasi penyadaran kritis publik.
2. Mendiversifikasi pendekatan terhadap kesehatan mental, misalnya dengan cara:
    a. Memberikan dana untuk peneliti-peneliti bermutu yang secara kredibel menguji efektivitas terapi-terapi alternatif, tradisional, dan komplementer bagi kesehatan mental (namun tetap kritis untuk tidak menerapkan standar positivistik dalam mengukur kritik terhadap positivisme itu sendiri). Keberhasilan memadukan pengobatan modern dan tradisional di negara-negara seperti India, Korea, Jepang, dan Tiongkok dapat dijadikan rujukan,

namun tetap juga harus didekati secara kritis.

b. Mengarusutamakan pendekatan-pendekatan kritis dan alternatif pada kurikulum pendidikan ilmu-ilmu psi, misalnya hasil-hasil penelitian dari kajian-kajian psikologi nusantara, psikologi indigenus, psikologi ulayat, dan kajian-kajian sejenis.

c. Mendorong praktisi kesehatan mental untuk memadupadankan secara bertanggung jawab kearifan lokal dan strategi *coping* yang telah dilakukan klien dan keluarganya dengan intervensi psikologis/psikiatrik arus utama.

d. Memberikan ruang legal secara lebih leluasa untuk penyedia praktik kesehatan mental alternatif, dengan tetap mengutamakan kesejahteraan klien. Hal ini dapat dilakukan misalnya dengan cara memberikan kesempatan bagi layanan praktik alternatif untuk ditanggung oleh sistem kesehatan publik (BPJS).

3. Membatasi komersialisasi layanan kesehatan mental, misalnya dengan cara:

   a. Mengurangi pola-pola enterpreneurial di bidang kesehatan mental dan menyokong pola-pola kerja sosial/model yayasan.

   b. Menekan biaya pendidikan ilmu-ilmu psi agar lulusannya tidak berjuang “mengembalikan modal” dalam berkarya.

   c. Mengutamakan layanan kesehatan mental sebagai upaya memanusiakan manusia, dan menomorduakan retorika kesehatan mental sebagai alat mencapai sumber daya unggul.

Sebagai penutup, perlu saya tekankan lagi bahwa saya tidak memposisikan konsep dan praktik kesehatan mental serta ilmu-ilmu psi sebagai hal yang pada dasarnya buruk. Saya hanya mengajak kita untuk tidak naif memandang ilmu-ilmu psi sebagai sepenuhnya netral, objektif, bebas dari kepentingan, dan steril dari ideologi, serta, yang lebih penting, membuka khazanah wawasan kita terhadap keragaman kemungkinan lain untuk berpikir dan mempraktikkan

kesehatan mental secara lebih etis, manusiawi, dan berkeadilan.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih pada rekan saya Andrian Liem yang telah memberikan masukan berharga bagi draft bab ini.

Daftar Acuan

Beck, T. J., & Glazier, J. W. (2019). A critical approach to abnormality. In R. K. Beshara (Ed.), *A critical introduction to psychology* (pp. 233–260). Nova Science Publishers.

Bracken, P., & Thomas, P. (2010). From Szasz to Foucault: On the role of critical psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *17*(3), 219–228.

Cosgrove, L., Krimsky, S., Vijayaraghavan, M., & Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *75*(3), 154–160. https://doi.org/10.1159/000091772

Derichs, C. (2017). *Knowledge production, area studies, and global cooperation*. Routledge

Foucault, M. (1975). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Vintage Books.

Foucault, M. (1988). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. Random House.

Gotzsche, P. C., Young, A. H., & Crace, J. (2015). Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *British Medical Journal*, *350*, 1–3. https://doi.org/10.1136/bmj.h2435

Healy, D., & Thase, M. E. (2003). Is academic psychiatry for sale? *British Journal of Psychiatry*, *182*(5), 388–390. https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.388

Liem, A. (2020a). *Pengobatan komplementer dan alternatif dalam psikologi klinis*. Sanata Dharma University Press.

Liem, A. (2020b). The possibilities and challenges of integrative medicine implementation in clinical psychology: A qualitative study in Indonesia. *BMC Complementary Medicine and Therapies, 20*, 1-11. https://doi.org/10.1186/s12906-020-03019-x.

Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge.

Moncrieff, J., Hopker, S., & Thomas, P. (2005). Psychiatry and the pharmaceutical industry: Who pays the piper?: A perspective from the Critical Psychiatry

Network. *Psychiatric Bulletin*, *29*(3), 84–85. https://doi.org/10.1192/pb.29.3.84

Perlis, R. H., Perlis, C. S., Wu, Y., Hwang, C., Joseph, M., & Nierenberg, A. A. (2005). Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1957–1960. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1957

Richert, L. (2014). "Therapy means political change, not peanut butter": American radical psychiatry, 1968-1975. *Social History of Medicine*, *27*(1), 104–121. https://doi.org/10.1093/shm/hkt072

Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, *179*(4070), 250–258. https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250

Seidmann, S., & Di Iorio, J. (2015). Abnormal psychology: A psychology of disorders. In I. Parker (Ed.), *Handbook of critical psychology* (pp. 88–95). Routledge.

Sharfstein, S. S. (2008). Big pharma and American psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(4), 265–266. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816a4380

Undang-undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. (2014).

Weedon, C. (1987). *Feminist practice and poststructuralist theory*. Blackwell.

WHO (2001). *Mental health: A call for action by world health ministers*. Ministerial Round Tables, 54th World Health Assembly. Geneva. World Health Organization. https://www.mhinnovation.net/resources/mental-health-call-action-world-health-ministers

----

Teguh Wijaya Mulya. *Discursive contestation behind the concept and practice of mental health: Power, colonialim and capitalism*. *This chapter problematises the depoliticised field of mental health by unearthing three dominant discourses giving rise to contemporary conceptualisations and practices of mental health. The first is the biomedical discourse which has constituted an impression of neutrality, objectivity, and universality of mental health diagnoses and interventions. This discourse positions mental health practitioners and patients in a considerably unequal power relation, which may result in a feeling of powerlessness or dehumanisation. The second is a discourse of Western colonialism, in which I argue that the modus operandi of the current Western-originated global mental health movements resemble the practices of colonialisation of the Global South. The third is a discourse of neoliberal capitalism which has driven the rise of the billion-dollars global mental health industry, including psychotropic drugs and mental health-related labour market. At the end of the chapter I discuss some possible alternatives to the currently dominant views on and practices of mental health, and I also provide some practical recommendations for policymakers.*

Tentang Penulis & Tim Editor

Adriana Soekandar Ginanjar, menjalani pendidikan S1 di Fakultas Psikologi UI dan kemudian meneruskan pendidikannya di Marriage and Family Therapy Program, Purdue University, USA. Setelah memperoleh gelar Magister pada tahun 1993, menjadi staf pengajar di Fakultas Psikologi UI. Gelar Doktor di bidang Psikologi diperoleh dari Fakultas tempat ia mengajar pada tahun 2007 dengan mengangkat tema Autisme, sesuai dengan bidang ilmu yang menjadi fokusnya dan setelah dikaruniai seorang anak dengan autisme. Selama berkarier di Fakultas Psikologi UI, pernah menjabat sebagai Koordinator Klinik Terpadu, Ketua Prodi Magister Psikologi Profesi, Wakil Dekan bidang Pendidikan, Penelitian, dan Kemahasiswaan, dan saat ini menjadi anggota Senat Fakultas dan Senat Universitas. Disamping itu juga menjadi pimpinan di sekolah khusus Mandiga, yaitu pendidikan untuk siswa spektrum autisme yang telah berdiri sejak tahun 2000. Juga aktif sebagai konselor pernikahan dan keluarga, narasumber dalam seminar dan pelatihan, menulis buku dan melakukan publikasi di bidang psikologi keluarga dan autisme. Bisa dihubungi melalui alamat e-mail: adriana.ginanjar@yahoo.com.

Agyl Muhammad Dikrullah, lulus S1 Psikologi dari Universitas Gunadarma pada tahun 2020. Saat ini sedang menjalani pendidikan S2 Sains Psikologi Industri dan Organisasi di Universitas Gunadarma, Indonesia.

Andik Matulessy, adalah Dosen Fakultas Psikologi di Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya, yang lahir di Bojonegoro pada tanggal 22 Desember 1968. Andik aktif sebagai Sekjen HIMPSI sekaligus Ketua Gugus Tugas Layanan Psikologi Covid-19 PP HIMPSI yang mengkoordinasi Gugus Tugas di 34 HIMPSI Wilayah dan mengkoordinasikan relawan Bantuan Psikologis Awal (PFA) pada *helpline* SEJIWA 119 ext 8. Andik juga menjadi perwakilan HIMPSI di *Global Psychology Alliance* (GPA), yakni himpunan 60 Organisasi Psikologi

Internasional yang digagas oleh *American Psychological Association* (APA) untuk melakukan berbagai diskusi dalam upaya meningkatkan Kesehatan Mental di setiap negara pada masa pandemi. Andik juga menjadi salah satu anggota Tim Penyusun Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Pandemi Covid-19, Pedoman Pencegahan dan Penanganan Bunuh Diri, dan Protokol Dukungan Layanan Kesehatan Jiwa dan Psikosial (DKJPS) Anak dan Remaja pada Masa Pandemi Covid-19 dan Adaptasi Kebiasaan Baru bersama Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza, Kemenkes RI. Korespondensi dapat ditujukan ke alamat e-mail andikmatulessy@untag-sby.ac.id; andikmatulessy@himpsi.or.id

Andrian Liem, menyelesaikan S1 Psikologi dari Universitas Sanata Dharma (2010); S2 Magister Psikogi Profesi (bidang Psikologi Klinis) dari Universitas Gadjah Mada (2012); dan S3 *Doctor of Philosophy in Psychology* dari The University of Queensland, Australia (2019). Ringkasan disertasinya telah diterbitkan dalam bentuk buku berjudul *Pengobatan Komplementer dan Alternatif dalam Psikologi Klinis* (Sanata Dharma University Press, 2020). Saat ini Andrian menjadi peneliti pascadoktoral di University of Macau, Macau (SAR), dan terlibat dalam pengembangan intervensi kesehatan mental berbasis teknologi (*Step-by-Step program*) milik World Health Organization untuk para pekerja migran. Hasil penelitian dan gagasan ilmiahnya telah diterbitkan di beragam jurnal nasional dan internasional seperti *The Lancet Psychiatry* dan *BMC Complementary Medicine and Therapies*. Atas kontribusi dan rekam jejak penelitiannya, dia juga pernah mendapatkan penghargaan dari asosiasi / organisasi profesi dan keilmuan, antara lain Graduate Student Achievement Award oleh Division 8 Health Psychology - International Association of Applied Psychology (2018) dan Emerging Psychologists' Programme oleh International Congress of Psychology - International Union of Psychological Science (2019). Selain psikologi klinis, kesehatan, dan budaya, Andrian juga tertarik untuk berdiskusi tentang pengobatan terintegrasi, gender dan seksualitas, migran dan pencari suaka, serta dialog lintas iman. Untuk korespondensi dapat menghubunginya lewat alamat e-mail andrian.liem@uq.net.au.

Andy Chandra, lahir di Medan pada tanggal 17 Februari 1966. Andy menamatkan S1 Psikologi dari Universitas Medan Area pada tahun 2004 dan meraih gelar Magister Psikologi Profesi Klinis dari Universitas Gadjah Mada pada tahun 2007 dengan tesis yang berjudul "Terapi Musik untuk Mengurangi Perilaku Repetitif pada Anak Autis". Andy berkarier sebagai dosen di Universitas Medan Area sejak tahun 2008 dan sebagai psikolog klinis di RS Columbia Asia, Murni Teguh Memorial Hospital, dan RS Siloam Dhirga Surya di Kota Medan. Andy dapat dihubungi melalui *e-mail*: andychandrampsi@yahoo.co.id.

Annisa Sri Wandini, menyelesaikan masa sekolah di Batam Kepulauan Riau (Kepri), melanjutkan pendidikan Sarjana Psikologi di Universitas Padjajaran (Unpad) Bandung, lulus tahun 2018 dengan topik skripsi *Student Engagement*. Minatnya yang konsisten di bidang Psikologi Pendidikan membuatnya memutuskan melanjutkan pendidikan ke Program Profesi Psikologi Unpad Bandung dengan Konsentrasi Psikologi Pendidikan dan sedang menempuh semester 3, serta berencana lulus tahun 2021 dengan mengambil topik tesis tentang *Teacher Adaptability.* Saat ini menjalani kuliah daring sembari melakukan kegiatan yang berhubungan dengan Ilmu Psikologi, seperti konselor untuk imigran di Kepri melalui *International Organization Migration* (IOM), pengawas Eksternal untuk Pemeriksaan Psikologi untuk Kepolisian Daerah (Polda) Kepri, serta *associate partner* untuk beberapa perusahaan konsultan di Batam seperti PT Tunaskarya Indoswasta. Bergabung sebagai anggota Himpunan Psikologi Indonesia Wilayah Kepulauan Riau sejak 2018. Bisa dihubungi melalui e-mail: annisa14025@mail.unpad.ac.id

Anrilia Ema Mustikawati Ningdyah, lulus Sarjana Psikologi dari Universitas Indonesia, Program Profesi Psikologi dari Universitas Indonesia, Master's in Educational Management dari University of Western Australia, dan Doctor of Philosophy in Psychology dari James Cook University (2018). Berpengalaman lebih dari 18 tahun dalam penanganan kasus-kasus psikologis pada area perkembangan anak-remaja, pembentukan perilaku pada lingkup individu dan organisasi, serta pengembangan Sumber Daya Manusia. Memulai karier

sebagai peneliti dan staf akademik di universitas, kemudian menemukan bahwa dunia praktik lebih dapat memuaskan batinnya. Pendiri Magna Penta, sebuah konsultan psikologi. Aktivitasnya saat ini adalah berpraktik di rumah sakit dan di Magna Penta Consulting, serta menjadi pengajar pada program Magister Psikologi Profesi di Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya. Merupakan Ketua Kompartemen 7 Hubungan Nasional dan Internasional HIMPSI. Publikasi yang terkait tema buku ini: (1) *Examining the Content Validity and Reliability Coefficients of a Training Models Scale in Indonesian Professional Psychology Programs: Expert Evaluation*, terbit dalam Makara Human Behavior Studies in Asia, 22(1), 56-66 (2018); (2) *Preparing for Mental Health Care Services: Professional Psychology Curricula in Indonesia*, terbit dalam Conference proceedings: International Conference on Health and Well-being (2016), (3) Karya dalam buku: Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Pandemi Covid-19, Penerbit Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan RI (2020); (4) Karya dalam buku: Perubahan Perilaku untuk Kenormalan Baru, Penerbit Himpunan Psikologi Indonesia (2020). Dapat dihubungi melalui e-mail anrilia.ningdyah@himpsi.or.id

Augustinus Supratiknya, Guru Besar pada Fakultas Psikologi, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta. Tamat dari Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada (B.A., 1977; Drs., 1980) dan dari *Department of Psychology, College of Social Sciences and Philosophy, University of the Philippines,* Diliman (Ph.D., 1992). Pernah mengikuti *Fulbright Visiting Scholar Program* di *Center for Cross-Cultural Research, Department of Psychology, Western Washington University,* Bellingham, Washington, dan *School of Psychology, Florida Institute of Technology,* Melbourne, Florida, Amerika Serikat (2003-2004). Menjadi Ketua Kompartemen 5 *Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa* dalam kepengurusan HIMPSI Pusat periode 2018-2022, serta menjadi anggota *International Association for Cross-Cultural Psychology* dan *American Psychological Association.* Menerjemahkan, menulis, dan menyunting sejumlah buku, menulis artikel, dan melakukan penelitian tentang psikologi, dengan perhatian khusus pada psikologi sosial-budaya dan pendidikan. Bisa dihubungi melalui alamat rumah: Candi Gebang Permai, Blok GG-7, Condong Catur, Sleman 55283;

atau *e-mail:* aswignyawardaya@yahoo.co.id

Aziza Suwartiningsih Bastian, merupakan mahasiswa aktif di fakultas Psikologi Universitas YARSI sejak tahun 2017. Saat menulis bab buku ini, Aziza tengah menyusun skripsi dengan tema penelitian gaya hidup sehat pada Remaja. Untuk respondensi dengan Aziza, dapat dilakukan melalui e-mail azizahbastian@gmail.com

Clement Eko Prasetio, lahir di Jakarta tahun 1998. Menempuh pendidikan dasar dan menengah di suatu sekolah swasta Katolik di Bekasi dan pendidikan sarjana Psikologi di Universitas Padjadjaran, Jatinangor, Sumedang, saat ini masih berada di semester 7. Selama berkuliah aktif sebagai pengurus BEM Fakultas Psikologi Unpad membina dan mendampingi para calon "Mahasiswa Berprestasi" dalam ajang Pemilihan Mahasiswa Berprestasi tingkat fakultas ataupun Universitas; mengikuti kegiatan kemasyarakatan yang tergabung dalam tim Konseptor Bina Desa yang diinisiasi oleh Departemen Pengabdian Masyarakat BEM Fakultas Psikologi Unpad antara lain dengan menginisiasi penggunaan pendekatan *Intervention Mapping* untuk membuat rancangan intervensi di salah satu desa di Jatinangor (2020). Juga aktif dalalm kegiatan penelitian dosen antara lain penelitian mengenai gangguan psikologis pada mahasiswa baru, penelitian mengenai *employability* siswa SMK, serta penelitian mengenai *self-construal*. Juga aktif menjadi presenter di beberapa konferensi internasional yang selenggarakan di Indonesia, seperti ICIAP Universitas Indonesia tahun 2018 dan 2019, serta ICICP Universitas Gadjah Mada tahun 2019. Satu artikel jurnal penelitiannya dengan judul "Kesepian dan Gangguan Mental Emosional pada Mahasiswa Baru" terbit pada jurnal Mediapsi Universitas Brawijaya. Minat penelitiannya terarah pada bidang kesehatan mental, gangguan psikologis, berbagai terapi dalam psikologi, serta *well-being*. Juga aktif dalam pembuatan beberapa alat ukur psikologi, seperti alat ukur untuk tes SMUP (Seleksi Masuk Universitas Padjadjaran). Bisa dihubungi melalui *e-mail*: clement17001@mail.unpad.ac.id atau clementeko91@gmail.com, serta www.linkedin.com/in/clementeko

David Junovandy, lahir di Medan pada 25 November 1995 dan berusia

seperempat abad di tahun 2020 ini. David menyelesaikan Sarjana Psikologi dari Universitas Prima Indonesia di Kota Medan dengan judul skripsi "Kualitas Hidup Ditinjau dari Harapan pada Pasien Wanita Penderita Kanker di Murni Teguh Memorial Hospital Medan". Penelitian skripsi tersebut pernah dipublikasikan dalam Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan Volume 7, Nomor 1 pada tahun 2019 dan diterbitkan oleh Universitas Muhammadiyah Malang. David memiliki ketertarikan pada penelitian psikologi dan semasa kuliah, ia bersama Erwin Hogi dan Julike pernah menerima hibah Program Kreativitas Mahasiswa dengan judul "Kualitas Hidup Ditinjau dari *Psychological Adjustment Styles* pada Pasien Kanker di RSU Murni Teguh di Kota Medan". Semasa kuliah, David tertarik dengan mata kuliah Psikologi Kepribadian, Psikologi Abnormal dan Klinis, dan Penelitian Kuantitatif. Pada saat ini, ia sedang meniti karier di salah satu perusahaan swasta di Kota Medan. Pada waktu luang, ia masih aktif dalam merancang topik penelitian sosial lainnya. Korespodensi lebih lanjut dapat melalui *e-mail*: davidjunovandy@gmail.com.

Devina Chintia Sanudin, lahir pada 23 Agustus 1999, mahasiswa psikologi Universitas Mercu Buana, aktif dalam kegiatan keorganisasian.

Dewi Anggita Putri, lulus S1 Psikologi dari Universitas Gunadarma pada tahun 2020. Saat ini sedang menjalani pendidikan S2 Sains Psikologi Industri dan Organisasi di Universitas Gunadarma, Indonesia.

Dicky Pelupessy, adalah dosen di Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Ia memperoleh gelar PhD dalam bidang psikologi komunitas dari Victoria University, Melbourne (Australia). Ia pernah menjadi Ketua Pusat Krisis Fakultas Psikologi Universitas Indonesia tahun 2008-2012 dan 2017-2019. Saat ini ia menjadi ketua kelompok riset/Lab. Intervensi Sosial dan Krisis. Saat ini ia juga menjadi *faculty affiliate* di Care and Protection of Children (CPC) Learning Network dan anggota kelompok *Think Tank* Olympic Refugee Foundation – sebuah *foundation* yang dibentuk oleh Komite Olimpiade Internasional (International Olympic Committee/IOC) untuk memberikan perlindungan dan pemberdayaan melalui kegiatan olahraga untuk anak dan remaja yang berada

dalam situasi rentan. Di masa pandemi Covid-19, ia pernah menjadi anggota Tim Pakar Bidang Sosial Budaya Gugus Tugas Percepatan Covid-19. Sekarang ia menjadi Kolaborator Ilmuwan di LaporCovid-19, sebuah wadah laporan warga (*citizen reporting*) terkait Covid-19.

Erwin Hogi, menyelesaikan program S1 Psikologi dari Universitas Prima Indonesia di Kota Medan. Erwin lahir pada tanggal 18 Maret 1996, 24 tahun silam di Kota Medan. Skripsinya yang berjudul "Kesepian Ditinjau dari Kepribadian Ekstraversi pada Remaja Panti Asuhan Al Jam'iyatul Washliyah Pulo Brayan Medan" dan telah dipublikasikan dalam Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan Volume 7, Nomor 1 pada tahun 2019 yang diterbitkan oleh Universitas Muhammadiyah Malang. Erwin bersama David Junovandy dan Julike pernah menerima hibah Program Kreativitas Mahasiswa dengan judul "Kualitas Hidup Ditinjau dari *Psychological Adjustment Styles* pada Pasien Kanker di RSU Murni Teguh di Kota Medan". Pada saat ini, Erwin sedang bekerja di salah satu perusahaan swasta di Kota Medan. Korespodensi Erwin dapat melalui *e-mail*: hogi_erwin@yahoo.com.

Eunike Sri Tyas Suci, biasa dipanggil Tyas, adalah psikolog lulusan Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada dan melanjutkan pendidikan S2 dan S3 di Brown University, Amerika Serikat, dalam bidang sosiologi kedokteran. Kembali pada tahun 2003, Tyas bergabung ke Fakultas Psikologi Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya (Unika Atma Jaya) untuk membangun dan menjadi Kaprodi Magister Profesi Psikologi (Klinis) (2005-2008) dan kemudian Magister Psikologi (2012-2017). Meretas jalan dihidupkannya Asosiasi Psikologi Kesehatan Indonesia (APKI), pada tahun 2018 ia terpilih sebagai ketua sampai tahun 2022. Minatnya di bidang HIV-AIDS, napza, lansia, sejarah kesehatan dan kesehatan jiwa membawa Tyas bertualang ke berbagai kegiatan baik akademik maupun nonakademik. Dalam bidang kesehatan jiwa, petualangannya dimulai sejak tahun 2004 saat bergabung dalam kelompok kerja yang dikelola Pusat Kajian Bencana dan Tindak Kekerasan Dep. Psikiatri FKUI-RSCM yang merintis jalan menuju disahkannya UU Kesehatan Jiwa No. 18/2014. Tyas juga mengikuti dua kursus singkat tentang kesehatan jiwa di Melbourne (2008) dan Lisbon (2013).

Ia satu-satunya psikolog dalam tim editor buku dua jilid "Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia" yang terbit pada tahun 2019. Saat ini buku tersebut sedang dalam proses untuk diterbitkan dalam bahasa Inggris. Di awal pandemi Covid-19, Tyas terlibat dalam penyusunan "Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) pada Pandemi OCVID-19" yang dipimpin oleh Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan RI. Tyas aktif meneliti dan menulis publikasi. Beberapa publikasi pilihan adalah: 1) Suci, Eunike., S.T (forthcoming) "Mental Health Initiatives in Two Disadvantaged Areas: Banten and East Nusa Tenggara." Book chapter; 2) Suci, Eunike. S.T. (2020). "Mental Health in a Banten Village." *Inside Indonesia*. Edition141: Jul-Sep 2020. https://www.insideindonesia.org/mental-health-in-a-banten-village ; 3) Nurrachman, N dan Suci, Eunike S.T. (2018) "Psikologi dan Politik Kesehatan Mental di Indonesia" dalam Pols, H., dkk. (2018). Jiwa Sehat, Negara Kuat: Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia. Jilid. II. Jakarta: Penerbit Buku Kompas. Hal.132-159; 4) Suci, Eunike S.T., Fransiska, A., Tampubolon, L. (2015). Long and Winding Road: Jalan Panjang Pemulihan Pecandu Narkoba. Jakarta: Penerbit Buku Kompas. Tyas tinggal di Jl. Hanjuang I, Blok i5/no.3. Griya Loka, Sektor 1-1. Tangerang Selatan, 15813. Banten. Ia dapat dihubungi melalui e-mail: eunike.suci@atmajaya.ac.id

Frida Condinata, lahir pada 24 Maret 1996. Frida menyelesaikan studi S1 Psikologi di Universitas Prima Indonesia pada tahun 2018 dan sedang melanjutkan studi S2 di Magister Psikologi Profesi Klinis di Universitas Tarumanagara. Penelitian skripsinya tentang Kecerdasan Spiritual dan Kebahagiaan pada Narapidana Wanita telah dipublikasikan dalam Jurnal Psikologi Indonesia Persona Volume 8, Nomor 1 yang diterbitkan pada tahun 2019 oleh Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya. Frida memiliki ketertarikan pada Psikologi Positif dan Psikopatologi. Frida dapat dihubungi melalui e-mail: frida.717201003@stu.untar.ac.id dan fridacondinata@gmail.com.

Hendro Prabowo, menempuh pendidikan S1 dan S3 di Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Bekerja sebagai staf pengajar di Program

Sarjana Psikologi, Program Pascasarjana Psikologi (Program Magister Sains dan Magister Profesi), Program Doktor Psikologi di Universitas Gunadarma, Depok. Aktif menulis buku ajar seperti Psikologi Umum, Psikologi Pendidikan, dan Psikologi Lingkungan. Beberapa kali berpartisipasi dalam *book chapter* di Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada, Fakultas Psikologi, Universitas Surabaya, dan Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI).

Hilary Zefanya Sumayku, adalah mahasiswa S1 jurusan psikologi di Universitas Kristen Satya Wacana Salatiga yang lahir di Manado pada tanggal 24 Maret 2000. Pada awal masa pandemi Covid-19, Hilary aktif menjadi relawan baik dalam ranah fakultas, universitas, juga dalam organisasi Satya Wacana Peduli yang memiliki tujuan untuk membantu masyarakat sekitar Salatiga yang terkena dampak Covid-19. Dalam mengikuti perkuliahan, Hilary aktif mengikuti organisasi dan menjadi fungsionaris Badan Perwakilan Mahasiswa Fakultas (BPMF) Fakultas Psikologi sejak tahun 2017 hingga 2020. Selain berorganisasi, Hilary juga sempat menjadi asisten dosen dalam beberapa kelas, salah satunya yaitu kelas pengembangan diri. Adanya kerinduan untuk menggalakkan pentingnya literasi kesehatan mental dalam masyarakat mendorong Hilary untuk terlibat dalam kegiatan Lingkaran Psikologi yaitu menjadi Mental Health Promoter 2020 serta menjadikan literasi kesehatan mental sebagai salah satu fokus penelitian yang diangkat dalam tugas-tugas akhir perkuliahan. Korespondensi dapat ditujukan ke alamat e-mail hilarysumayku@gmail.com; 802017066@student.uksw.edu.

Ike Herdiana, lahir di Bandung, 22 Mei 1975. Menyelesaikan pendidikan sarjana, profesi psikolog dan magister profesi psikologi di Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran Bandung. Telah menyelesaikan pendidikan Doktor bidang ilmu psikologi di Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini menjadi staf pengajar di Departemen Psikologi Kepribadian dan Sosial, Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga Surabaya. Selain mengajar, kegiatan profesional lainnya adalah menjadi peneliti, penulis, asesor, konselor, penyuluh dan berbagai kegiatan pengabdian pada masyarakat lainnya. Dalam sepuluh tahun terakhir mengembangkan payung penelitian kajian perempuan. Beberapa

hasil penelitian dipresentasikan pada pertemuan ilmiah, yaitu International Conference ICPHESOS 2013 dan 2018 di Surabaya, Temu Ilmiah Nasional Psychofest Unair Surabaya (2016-2017), Temu Ilmiah dan Konferensi Ikatan Psikologi Sosial HIMPSI (2015-2016), 2nd ICPHESOS International Conference di Zhejiang University, Hangzhou, China (2015), Seminar Nasional Resiliensi di UMG Gresik (2018) dan Seminar Nasional Psikologi Sosial UM Malang (2019). Penulis juga mempublikasikan hasil penelitiannya di Jurnal INSAN, Jurnal Ilmiah Sosial dan Humaniora, *North American Journal of Psychology, Journal of Educational, Health and Community Psychology* dan *Collegium Antropologicum*. Saat ini masih aktif sebagai pengurus Bidang 5 (Pengabdian Pada Masyarakat) HIMPSI Wilayah Jatim dan anggota IPS (Ikatan Psikologi Sosial). Memiliki kontribusi dalam penulisan buku Pengantar Psikologi Sosial (2013), Bunga Rampai Psikologi Sosial: Catatan-Catatan dari Lapangan (2014), Kelas Psikologi Untuk Bunda PAUD (2014), Buku seri 1: Sumbangan Pemikiran Psikologi Untuk Bangsa, Revolusi Mental: Makna dan Realisasi (2015), buku Seri 2: Psikologi dan Teknologi Informasi dan buku seri 4: Psikologi dan Integrasi Bangsa (2019). Pernah mengikuti pelatihan Logoterapi, CHAD, CBT, Reflections-Dialogues Workshop di QUT Brisbane Australia dan Premarital dan Marital Counseling. Dapat dihubungi melalui e-mail ike.herdiana@psikologi.unair.ac.id

Indah Mulyani, lahir di Jakarta, 16 Agustus 1991. Saat ini menjabat sebagai staf di Lembaga Penelitian, Universitas Gunadarma. Menamatkan jenjang pendidikan S1 hingga S3 Psikologi di Universitas Gunadarma. Selain mengajar, Indah juga aktif melakukan penelitian dalam bidang *cyberpsychology* dan psikologi sosial. Aktif menjadi pemakalah di beberapa konferensi baik nasional seperti Seminar Pascasarjana UGM (2018) dan Seminar PESAT (2015), serta konferensi internasional seperti *International Conference on Child and Adolescent Mental Health* di UIN (2015) dan ARUPS di Bali (2019). Beberapa risetnya telah diterbitkan dalam jurnal nasional terakreditasi, seperti Jurnal Psikologi UIN Kasim Riau, dan jurnal SINTA 2, seperti Psikohumaniora dan Jurnal Psikologi Sosial. Selain itu, Indah pernah beberapa kali menjadi narasumber mengenai pengembangan skala pengukuran di lembaga pemerintah.

Indy Hurun Ein, perempuan berusia sembilan belas tahun ini lahir di Jakarta pada 1 Februari 2001. Menempuh pendidikan sekolah dasar di SDIT Daarul Fikri (2012) dan sekolah menengah di SMP/SMAIT Daarul Rahman (2018). Saat ini merupakan mahasiswi semester empat Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Selain sebagai mahasiswi psikologi, juga merupakan *founder* sebuah situs web terkait informasi bertemakan psikologi bernama *Educapsy* dan saat ini aktif sebagai penulis sekaligus editor untuk situs web dan akun Instagram Educapsy tersebut. Beberapa karya berupa artikel ilmiah populer terkait psikologi yang telah dipublikasikannya antara lain: (1) Terapi untuk anak dengan autisme (Pijar Psikologi, 22 Januari 2019); (2) Memahami lupa dari kacamata psikologi (Pijar Psikologi, 17 Juni 2019); (3) Stres dan dampaknya terhadap sistem imun (Educapsy, 11 Maret 2020); (4) Mengubah *distress* menjadi *eustress* (Educapsy, 16 Maret 2020); (5) Respon cemas di saat Covid-19 (Educapsy, 8 Juni 2020); dan (6) Menjaga kesehatan mental di tengah mewabahnya Covid-19 (Educapsy, 12 Juni 2020). Bisa dihubungi melalui alamat rumah: Jalan Raya Bogor KM 40,7 Perumahan Griya Telaga Permai Blok E4 No.11, Cilangkap, Tapos, Depok 16458; *e-mail:* indyhe2001@gmail.com.

Inge Andriani, lahir di Padang, 3 Desember 1977. Aktivitas saat ini adalah staf pengajar di Fakultas Psikologi, Universitas Gunadarma untuk mata kuliah Psikologi Perkembangan dan Psikologi Umum. Menamatkan pendidikan S1 dan S2 di bidang Psikologi di Universitas Gunadarma, serta telah menyelesaikan jenjang S3 pada tahun 2017 di universitas yang sama. Beberapa penelitian telah dipublikasi di jurnal terakreditasi, yaitu Jurnal Psikologi Sosial dan Jurnal Psikologi UGM. Selain itu, telah mengikuti pelatihan dasar teori tes kognitif AJT (2019) dan pelatihan penyusunan alat tes daring (2020). Aktif menjalin kerjasama dengan pihak lain dalam menyelenggarakan kegiatan pengabdian masyarakat dan pengembangan institusi, diantaranya TK Cahaya Mustika (2014-2020), TKIT Bunga Amalia Duren Sawit (2019), SDIT Ummu'l Quro Depok (2018). Pernah menjadi Konsultan HR pada Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintahan (2017) serta Koordinator Harian YPM Kesuma Multiguna (2002-2003).

Intan Ayu Lestari, adalah mahasiswi S2 Magister Profesi Psikologi Universitas Ahmad Dahlan (UAD). Lahir pada 21 Oktober 1997. Intan menyelesaikan studi S1 pada tahun 2019 dari Universitas Islam Sultan Agung Semarang (UNISSULA). Saat ini Intan aktif di Komunitas Psikologi Berbagi Semarang sebagai Staff Divisi Riset dan juga pada Komunitas Jalan Pelan Semarang sebagai Volunteer. Sebelum melanjutkan kuliah Magister Profesi, Intan pernah bekerja sebagai *shadow teacher* di Pre-School An-Nahl Semarang dan menjadi terapis di Biro Psikologi Rumah Mentari Semarang.

Iwan W. Widayat, dilahirkan di Malang pada suatu senja bulan April tahun 1975. Ia menyelesaikan pendidikan S1 Psikologi dan S2 Profesi Psikologi dari Universitas Airlangga. Saat ini, ia merupakan dosen di almamaternya, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga. Selain mengajar mata kuliah Psikologi Pendidikan dan Psikologi Keberbakatan, ia juga mengajar mata kuliah Sejarah dan Aliran Psikologi serta Metodologi Penelitian Kualitatif. Sebagai Akademisi, ia banyak terlibat dalam pengembangan program pembelajaran di perguruan tinggi (baik pengembangan kurikulum, kegiatan belajar mengajar maupun asesmen hasil belajar). Ia pernah dipercaya memimpin sebuah lembaga pengkajian dan pengembangan pembelajaran psikologi serta menjadi koordinator program studi magister psikologi di Universitas Airlangga. Sebagai Psikolog, ia banyak berkecimpung dalam asesmen dan intervensi peserta didik berkebutuhan khusus, terutama peserta didik cerdas istimewa, dan juga pengembangan pendidikan inklusi. Ia juga terlibat sebagai anggota tim pengembangan pendidikan inklusi Universitas Airlangga dan merupakan anggota Asosiasi Psikolog Sekolah Indonesia (APSI) wilayah Jawa Timur.Sebagai pribadi, ia memiliki *passion* yang kuat pada kajian sejarah. Hal ini mendorongnya untuk menekuni kajian tentang sejarah dan aliran-aliran psikologi di Indonesia. Wilayah yang masih merupakan 'hutan perawan' dalam khasanah bidang minat psikologi di Indonesia. Iwan W. Widayat dapat dihubungi melalui e-mail: iwan.widayat@psikologi.unair.ac.id

Iqbal Maesa Febriawan, saat ini bekerja di sebuah perusahaan *start-up* yang bergerak di bidang *HR-Tech*. Minatnya terhadap analitik dalam pengelolaan SDM dan isu teknologi digital dalam pekerjaan membawanya untuk menamatkan pendidikan dari program studi Psikologi Terapan dengan peminatan Sumber

Daya Manusia & Manajemen Pengetahuan di Universitas Indonesia. Sebelumnya, ia menyelesaikan studi sarjananya di fakultas dan universitas yang sama. Selain menjalankan peran sebagai profesional, ia juga terlibat sebagai peneliti di sebuah organisasi masyarakat yang aktif menyuarakan isu kesehatan jiwa, khususnya pada isu pencegahan bunuh diri. Bisa dihubungi melalui *e-mail:* iqbalmaesa@gmail.com

Jason Kosasi, lahir pada 15 Maret 1997 dan menyelesaikan studi S1 Psikologi di Universitas Prima Indonesia, serta sedang menjalani studi S2 di Magister Psikologi Profesi kekhususan Klinis Dewasa di Universitas Sumatera Utara. Saat ini, Jason merupakan mahasiswa aktif Magister Psikologi Profesi kekhususan Klinis Dewasa Universitas Sumatera Utara. Penelitian skripsinya dengan topik Prokrastinasi Akademik telah dipublikasikan dalam Jurnal Pemikiran dan Penelitian Psikologi pada Volume 15 Nomor 1 yang diterbitkan oleh Universitas Muhammadiyah Jember. Jason memiliki ketertarikan pada Psikopatologi Manusia dan pengaplikasian teori psikologi untuk penanganan psikopatologi. Jason dapat dihubungi via e-mail: jasonkosasi08@gmail.com.

Julike, lahir pada 3 Juli 1998 dan menyelesaikan studi S1 Psikologi di Universitas Prima Indonesia, serta sedang menjalani studi S2 di Magister Psikologi Profesi kekhususan Klinis Dewasa di Universitas Sumatera Utara. Penelitian skripsinya dengan judul "Kepuasan Perkawinan Ditinjau dari *Gratitude* pada Pasangan Menikah di Komplek Merbau Mas Medan" telah dipublikasikan oleh Universitas Muhammadiyah Jember dalam Jurnal Pemikiran dan Penelitian Psikologi di tahun 2019 pada Volume 15 Nomor 1. Julike bersama dengan David Junovandy dan Erwin Hogi pernah mendapatkan hibah Program Kreativitas Mahasiswa dengan judul "Kualitas Hidup Ditinjau dari *Psychological Adjustment Styles* pada Pasien Kanker di RSU Murni Teguh di Kota Medan". Saat ini, Julike berstatus mahasiswa baru di Magister Psikologi Profesi kekhususan Klinis Dewasa Universitas Sumatera Utara. Julike memiliki ketertarikan pada *gratitude* dan manfaat-manfaatnya dalam mengatasi permasalahan psikologis manusia. Julike dapat dihubungi via *e-mail*: julikelim@gmail.com.

Juneman Abraham, adalah *Lecturer Specialist-S3* pada Jurusan Psikologi, Universitas Bina Nusantara. Ia merupakan Anggota Pengurus Pusat Himpunan Psikologi Indonesia (Himpsi), Anggota Pendiri Asosiasi Ilmu Forensik Indonesia (AIFI), *Certified Ethics Teacher of UNESCO*, dan memperoleh sertifikat *Scientometrics* dari Universiteit Leiden. Ia merupakan Anggota Dewan Editor pada *Anima*, serta mitra bestari Jurnal Antikorupsi INTEGRITAS (KPK), *Global Health Management Journal* (GHMJ), dan *Journal of Social and Political Psychology* (JSPP). Ia menjadi narasumber bagi OREO Mondelez Indonesia (2018) untuk Revitalisasi Taman Kota dalam rangka meningkatkan kesehatan jiwa keluarga Indonesia. Publikasi terkait tema buku ini: (1) Nisa, A., & Abraham, J. (2012). Peran mediasi persepsi kohesi sosial dalam hubungan prediktif persepsi pemanfaatan ruang terbuka publik terhadap kesehatan jiwa. *Makara Sosial Humaniora, 16*(2), 89-100; (2) Abraham, J., Utami, D. P., & Faza, I. R. (2014). The role of perceived uncertainty, ego identity, and perceived behavioral control in predicting patient's attitude toward medical surgery. *Makara Journal of Health Research, 18*(3), 103-112; (3) Abraham, J., & Falah, A. (2016). Is virtual marriage acceptable? A psychological study investigating the role of ambiguity tolerance and intimacy illusion in online dating among adolescents and early adults. *Journal of Psychological and Educational Research, 24*(2), 117-143; (4) Prayoga, T., & Abraham, J. (2016). Health capability: The representation of Internet of Things (IoT) in health domain among Jakartans. *2016 International Conference on Advanced Computer Science and Information Systems* (ICACSIS), IEEE Xplore, 103-110; (5) Abraham, J. (2014, 18 Oktober). Di Mana Kita di Hari Kesehatan Jiwa Sedunia? *Kompasiana*. https://www.kompasiana.com/juneman/54f41d53745513a12b6c861b/di-mana-kita-di-hari-kesehatan-jiwa-sedunia. Di Universitas BINUS, ia mengajar dalam mata kuliah Psikologi Sosial, Psikologi Perkotaan, dan Psikologi Kebijakan Publik. Pada 2019, ia menginisiasikan berdirinya mata kuliah Psikoetika (*Psychoethics*). Riset-risetnya tentang Psikologi Korupsi & kontaknya dapat diakses melalui bit.ly/psikorupsi

Karta Puspita, lulus Sarjana Psikologi dari Universitas Islam Riau (UIR) Pekanbaru Riau. Saat ini menjadi guru Sekolah Luar Biasa Negeri Batam sejak tahun 2014. Minatnya yang besar untuk bergerak di ranah Anak Berkebutuhan

Khusus membuatnya melanjutkan studi ke Institut Kesehatan Helvetia Medan mengambil Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Kespro (Kesehatan Ibu dan Anak-kesehatan Reproduksi) dan menghasilkan tesis yang berjudul *Faktor-faktor yang Memengaruhi Kejadian Perilaku Seks Berisiko Pada Remaja Tunarungu Di Sekolah Luar Biasa Negeri Batam* tahun 2019. Bergabung sebagai anggota Himpunan Psikologi Indonesia Wilayah Kepulauan Riau dan aktif berkontribusi di kegiatan wilayah. Ia adalah salah satu guru yang terlibat untuk merancang program luring hingga saat ini. Beberapa anak didiknya telah mampu menghasilkan prestasi di bidang *home industry* (kue) dan berhasil menjuarai beberapa perlombaan. Salah satu karyanya bisa dilihat di https://youtu.be/_XsTaMPCFA4.

Khadhra Ulfah, lahir di kota Langsa pada tanggal 28 April 1995. Ulfah telah menyelesaikan studi S1 di Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara pada tahun 2016, lalu melanjutkan studi S2 di Magister Profesi Psikologi Peminatan Klinis Anak Universitas Indonesia dan baru saja menyelesaikan pendidikannya tersebut pada Oktober 2020 ini. Sebelum melanjutkan pendidikan S2-nya tersebut, ia juga pernah bekerja sebagai asisten terapis *auditory verbal therapy* dan menjadi asisten guru untuk anak berkebutuhan khusus, seperti anak dengan *autism spectrum disorder*, selama satu tahun. Ulfah telah lama tertarik untuk mendalami bidang kesehatan mental, khususnya pada anak dan remaja, serta keluarga. Ulfah percaya bahwa psikoedukasi merupakan alat yang sama pentingnya dengan proses terapi dalam membantu kesehatan mental mereka. Sebagai seorang Psikolog Anak yang baru, ia berharap dapat memanfaatkan pengetahuan dan keahlian yang ia miliki untuk membantu anak dan remaja yang memiliki masalah dalam mental, sosial, emosional, maupun perilaku, serta membantu keluarga mereka untuk dapat bersama-sama mengatasinya. E-mail: khadhra.ulfah@ui.ac.id

Kholifah Umi Sholihah, adalah mahasiswa S2 Magister Sains Psikologi Universitas Diponegoro. Lahir pada 12 Januari 1996. Kholifah menyelesaikan studi S1 pada tahun 2018 dari Universitas Negeri Semarang (Unnes). Sebelum melanjutkan pendidikan Magister, Kholifah pernah bekerja di Dinas Sosial

Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Rembang sebagai Staff Pemberdayaan Sosial dan menjadi Ketua Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga Kabupaten Rembang periode 2019. Saat ini Kholifah aktif di Komunitas Psikologi Berbagi Semarang sebagai Koordinator Divisi Riset. Kholifah juga aktif dalam beberapa kegiatan ilmiah seperti mendapatkan Juara 3 Kategori Penelitian dalam perlombaan ilmiah, mengikuti konferensi internasional, dan terlibat dalam penulisan buku dengan tema Psikologi Keluarga, Psikologi Forensik, dan Psikologi Agama. E-mail: riset.psikologiberbagi@gmail.com

Lucky Hardinugraha, lulus S1 Psikologi dari Universitas Gunadarma pada tahun 2020. Saat ini sedang menjalani pendidikan S2 Sains Psikologi Industri dan Organisasi di Universitas Gunadarma, Indonesia.

M.A. Subandi, adalah Profesor Psikologi Klinis di Fakultas Psikologi UGM. Lulus program S1 di Fakultas Psikologi UGM tahun 1985. Memperoleh gelar *Master of Arts* dari *School of Social Sciences, Queensland University of Technology,* Brisbane, Australia tahun 1992. Selanjutnya pada tahun 2007 menyelesaikan program PhD di *Department of Psychiatry, School of Health Sciences,* the University of Adelaide, Australia. Minat utama di bidang psikologi klinis, budaya, agama dan spiritualitas. Publikasi jurnal terakhir di muat di *Transcultural Psychiatry, The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, Community Mental Health Journal, International Review of Psychiatry,* dan *Asian Journal of Psychiatry*. Menulis dan menjadi editor pada buku "Psikologi Budaya: Kajian Berbagai Bidang" oleh Pustaka Pelajar yang diterbitkan di tahun 2019. Serta menulis pada chapter buku di *Handbook of Attenuated Psychosis Syndrome Across Cultures; International Perspectives on Early Identification and Intervention* bersama dengan Good, B.J. dan Marchira, C.M. di tahun 2019 yang berjudul *Early Experiences of Psychotic Illness From a Cross-Cultural Perspective: An Anthropological View From Research in Indonesia.* E-mail penulis: subandi@ugm.ac.id

Mega Jelita, lahir di Jakarta, 2 September 1999. Saat ini sedang menempuh pendidikan Sarjana Psikologi semester VII, dengan peminatan Psikologi Industri dan Organisasi di Fakultas Psikologi UNIKA Atma Jaya. Penulis memiliki pengalaman menjadi Asisten Dosen pada mata kuliah Metode Observasi dan

Wawancara pada semester VI. Sekarang ia menjabat sebagai Asisten Dosen pada mata kuliah Psikometrik, dan mahasiswa magang pada Kepala Program Kekhususan Psikologi Pendidikan di UNIKA Atma Jaya. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: mega.201707000016@student.atmajaya.ac.id

Noviza, lahir di Bandar Lampung tanggal 30 Mei 1986. Menempuh pendidikan terakhir Magister Profesi Psikologi di Universitas Islam Indonesia. Mendapat penghargaan sebagai salah satu penulis tesis terbaik tahun 2015 dengan judul penelitian "Efektivitas Interpersonal Psikoterapi (IPT) untuk menurunkan Gejala Depresi pada Remaja Putri dengan Orang Tua Bercerai". Ketertarikan pada Psikologi Klinis membuat saya mendirikan Layanan Psikologi Psikocare di Kota Semarang Jawa Tengah sebagai bentuk kepedulian akan pentingnya kesehatan mental. Selain itu saya juga penulis di sebuah majalah dan media massa online sejak tahun 2018. Selain praktek pribadi, saya juga tegabung sebagai psikolog di salah satu perusahaan kesehatan digital terbesar di Indonesia. Mitra ahli di beberapa media sosial yang mengangkat seputar kesehatan mental atau psikologis. Bisa dihubungi melalui e-mail: novizzaa@gmail.com

Nuri Sadida, adalah salah satu staf pengajar di fakultas Psikologi Universitas YARSI sejak 2013. Pendidikan terakhirnya adalah strata-2 dari program profesi Psikologi Industri dan Organisasi dari Universitas Indonesia. Sebelum bergabung di Universitas YARSI, Nuri berkecimpung sebagai profesional HRD di beberapa perusahaan. Setelah berada di YARSI, kegiatan pendidikan dan penelitiannya dominan pada isu-isu well-being karyawan dan dampak bermedia sosial. Tulisan Nuri tentang psikologi organisasi dan sosial tidak hanya dimuat di jurnal ilmiah, namun juga di beberapa media daring seperti swa.co.id, vemale.com, atau di buletin konsorsium psikologi ilmiah nusantara http:/k-pin.org. Saat ini Nuri fokus meneliti isu prasangka, faktor-faktor yang mendorong seseorang mengekspresikan ujaran kebencian, dan dampak negatif ujaran kebencian. Ke depannya Nuri berharap dapat mengembangkan intervensi untuk mengurangi motivasi seseorang mengekspresikan ujaran kebencian. Respondensi dengan Nuri seputar tema-tema tersebut dapat dilakukan melalui alamat e-mail: nuri.sadida@yarsi.ac.id

Nurlita Wijayanti, menyelesaikan studi S1 di Fakultas Psikologi, Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA), Semarang. Saat masa studi, Nurlita bersama timnya telah menciptakan aplikasi "*Lift Up*" dalam ajang Program Kreativitas Mahasiswa Karsa Cipta (PKM-KC) yang diselenggarakan oleh Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi. Aplikasi tersebut memiliki tujuan untuk mencegah gangguan stres, cemas, dan depresi. Awal mula diciptakannya aplikasi "*Lift Up*" karena ketertarikan Nurlita pada literasi kesehatan mental dan psikologi terapan, sehingga memotivasinya untuk melakukan penelitian maupun aktif dalam kegiatan sosial. Penelitian yang pernah dilakukan secara tim terkait dengan literasi kesehatan mental dan potensi konseling *online* pernah dipublikasikan dalam Prosiding Semnas BAPPEDA Provinsi Jawa Tengah 2017 dan Jurnal Intuisi terbitan Universitas Semarang (UNNES) tahun 2018. Saat ini Nurlita tengah melakukan aktivitas proyek sosial bersama Selftalk Project yang berfokus pada topik *self-help*. Nurlita dapat dihubungi melalui e-mail nurlita.wi@gmail.com.

Nurul Qomariyah, lahir di Jakarta pada 2 September 1983. Ia berprofesi sebagai dosen di Fakultas Psikologi Universitas Gunadarma. Nurul menamatkan Pendidikan S1 Psikologi, S2 Magister Profesi PIO, dan S3 Psikologi di Universitas Gunadarma. Nurul pernah menjadi konsultan tenaga kerja dalam kegiatan coaching di Kementerian Tenaga Kerja (Maret, 2018), konsultan di SDIT Al-Amaanah Bekasi (Juli 2019-Februari 2020) dan konsultan para lansia bekerja sama dengan Dinas Sosial Bekasi (Maret, 2016). Saat ini ia juga aktif menjadi konsultan di Pusat Layanan Psikologi Universitas Gunadarma. Nurul menjadi narasumber dalam kegiatan Webinar terkait *work-life balance* (2020) serta aktif dalam kegiatan bertemakan *parenting* di beberapa sekolah di Bekasi (2017-2020). Dalam bidang penelitian, Nurul tertarik dengan bidang psikologi sosial, psikologi industri dan organisasi, psikologi positif, dan keluarga. Penelitiannya pernah terpublikasi di jurnal terakreditasi SINTA 2, seperti Jurnal Psikologi Sosial.

Pascalis Alexius Assa, lulus S1 Psikologi dari Universitas Gunadarma pada tahun 2020. Saat ini sedang menjalani pendidikan S2 Sains Psikologi Industri

dan Organisasi di Universitas Gunadarma, Indonesia.

Penny Handayani, merupakan lulusan S1 dan S2 Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, dengan kekhususan Psikologi Pendidikan. Pada saat ini, ia merupakan dosen tetap Fakultas Psikologi UNIKA Atma Jaya, dan sedang menjadi Kepala Program Kekhususan Psikologi Kekhususan Psikologi Pendidikan pada program Pascasarjana Magister Profesi Psikologi UAJ. Selama ini, publikasi ilmiah dan populer yang telah dihasilkannya banyak berfokus pada area Psikologi Pendidikan. Penulis dapat dihubungi melalui alamat e-mail penny.handayani@ atmajaya.ac.id

Qorriyah Rahmi Khairunnisa, adalah seorang mahasiswi di Fakultas Psikologi Universitas Yarsi sejak tahun 2017. Pendidikan terakhirnya adalah sekolah menengah akhir di salah satu MAN di Bekasi Utara. Saat tulisan ini dibuat, Qorriyah sedang menyusun skripsi tentang Psikologi Kesehatan. Apabila ada pertanyaan yang ingin diberikan dapat menghubungi melalu e-mail qorriyahrahmika01@gmail.com

Rahmatsyam Lakoro, staf Pengajar di Departemen Desain Komunikasi Visual Institut Teknologi Sepuluh November Surabaya, lahir di Poso 7 September 1976. Menempuh pendidikan Desain Komunikasi Visual di Institut Teknologi Bandung pada 1994-1999, kemudian melanjutkan pendidikan S-2 Game Technology di Teknik Elektro, Institut Teknologi Sepuluh Nopember pada 2007-2009. Beberapa penelitiannya terkait komunikasi kebencanaan, di antaranya Estetika Visual dalam Edukasi Kebencanaan Pada Berbagai Strategi Penuturan Transmedia (2017), Optimalisasi Nilai Kearifan Lokal Pada Desain Media Edukasi Untuk Mitigasi Bencana (2018) telah dipublikasikan pada beberapa jurnal, seminar, dan konferensi baik nasional maupun internasional. Penyaji pada *International Conference on Creative Industry* (2017): *Design of Education Media For Disaster As Awareness of Living Space In Disaster Area*; Optimalisasi Budaya Tutur Tentang Kesadaran Ruang Hidup untuk Edukasi Mitigasi Bencana di Citarum disajikan pada *AsiaInternational Friendship Exhibition and Symposium* di Shinjuku Tokyo – Jepang (2018); *The Using of Vernacular Design to Develop Educational Media*

for Disaster Mitigation: the direction strategies of disaster mitigation education dipublikasikan pada International Conference of Art Language and Culture (2018); *Exploring Spoken Culture For Campaign Media of Disaster Risk Reduction Awareness* dipublikasikan pada 7th International Seminar on Nusantara Heritage, dipubikasikan oleh UMK Press (2018); *Development Of Vernacular Elements of Educational Media Design For Disaster Risk Reduction* dipublikasikan pada 1th International Conference on Cultural Commnunication and Space (2018); Eksplorasi Media Sebagai Edukasi Kesadaran Ruang Hidup di Daerah Bencana dipublikasikan pada Jurnal Desain Idea (Vol. 18, No. 1) Departemen Desain Produk Industri Institut Teknologi Sepuluh Nopember Surabaya (2019). Alamat e-mail: djangkarock@gmail.com

Rahkman Ardi, adalah dosen pada Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Surabaya. Ia mendapatkan gelar *Doktor of Social Science in Psychology* dari University of Warsaw pada tahun 2016. Ia juga menjadi dosen tamu pada mata ajar Psikologi Lintas Budaya dan Psikologi Ruang Siber di Ural Federal University, Rusia; dan juga University of Warsaw, Polandia. Topik penelitian dan tulisan-tulisannya berkenaan dengan perilaku daring dan media, kognisi sosial, dan studi invariansi/pengukuran lintas budaya. Publikasi di beberapa jurnal di antaranya Heliyon-Elsevier, Assessment, Current Psychology, *Journal of Clinical Psychology, Journal of Information, Communication and Ethics in Society, Behavioural Science, Psychology and Health, Polish Psychological Bulletin, Makara Hubs Asia, dst. Menjadi editor di beberapa jurnal yaitu:* Jurnal Psikologi Sosial dan INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental. Aktif menjadi mitra bestari di jurnal Humanitas, Indigenous, Ecopsy, Makara Hubs Asia, Asian Journal of Social Psychology, Journal of Pacific Rim Psychology, dst. Mendapat penghargaan sebagai *outstanding paper* dari *International Association for Development of Internet Society* (IADIS) di Internet Technologies and Society Conference pada tahun 2013. Pada tahun 2014-2015 menjadi resipien *Działalność Statutową Młodych Naukowców* (DSM)/ Research Grant for Young Scientist Universitas Warsawa. Pada tahun 2019 ditunjuk menjadi anggota *scientific committee* di *XVI European Congress of Psychology* di Moscow. Saat ini ia menjadi salah satu redaktur dalam berkala *Psikologi Indonesia* terbitan PP HIMPSI. E-mail: rahkman.ardi@

psikologi.unair.ac.id.

Reni Kusumowardhani, menyelesaikan pendidikan Strata 1 di Fakultas Psikologi UGM pada tahun 1988 dan Strata 2 di Pasca Sarjana Fakultas Psikologi UI pada tahun 2002. Sejak tahun 1988 tidak pernah berhenti praktik psikologi hingga sekarang. Tahun 1994 diminta untuk mengisi klinik psikologi di RSUD Cilacap yang masih berjalan hingga saat ini. Ketertarikan di bidang psikologi forensik berawal dari saat pertama kali diminta penyidik kepolisian melakukan pemeriksaan psikologi terhadap tersangka tindak pidana pembunuhan tahun 1994. Sejak itu mulai mencari informasi mengenai psikologi forensik yang belum berkembang di Indonesia. Tahun 1998 memulai kiprah memberikan layanan psikologi di Lapas Nusakambangan bagi Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) yang menjalani hukumannya akibat berbagai tindak pidana, termasuk pendampingan psikologis terpidana mati. Melakukan beberapa riset dan kajian perilaku para WBP merupakan salah satu kegiatan yang sering dilakukan. Tahun 2004 pada saat digencarkannya program *Harm Reduction* bagi *Injection Drugs User (IDUs)*, turut melakukan pemeriksaan dan dampingan untuk mengurangi dampak buruk penggunaan jarum suntik diantara pecandu Napza terhadap tertularnya HIV. Sejak tahun 2005 menginisiasi klinik *Voluntary Counceling & Test (*VCT) di RSUD Cilacap yang terus berkembang dan tahun 2006 mulai melayani WBP Narkotika program VCT dan *Harm Reduction*. Sejak Asosiasi Psikologi Forensik Indonesia (APSIFOR) dideklarasikan tahun 2007, terus aktif di dalamnya baik dalam hal penanganan kasus, menjadi narasumber dan fasilitator berbagai workshop psikologi forensik. Rutin mengisi pelatihan wawancara psikologi investigasi untuk KPK, Kementerian Keuangan, BPK, KLHK dan institusi pemerintah lainnya serta swasta. Tahun 2014 hingga 2023 dipercaya dua periode menjadi ketua umum APSIFOR. Tahun 2013 mengikuti pendidikan Viktimologi dari Tokiwa International Victimology Institute (TIVI) Jepang. Tahun 2018 melakukan penelitian dan menyusun metode untuk *Psychological Fraud Risk Profiling* yang kemudian digunakan oleh berbagai institusi pemerintah, lembaga tinggi negara dan swasta. Keterlibatan dalam pemeriksaan dan intervensi psikologi forensik terus berkembang tidak hanya pada tindak kejahatan yang konvensional tetapi juga nonkonvensional seperti

kejahatan terorisme, korupsi, Lingkungan Hidup dan Kehutanan serta *cyber crime*. Mulai mengembangkan standar pemeriksaan dan intervensi psikologi forensik berdasarkan pengalaman di lapangan serta berbagai rujukan literatur. Sejak disahkannya skema kompetensi asisten psikolog forensik dan psikolog forensik, turut serta menyusun standar kompetensi tersebut. Saat ini, memiliki sertifikat (BNSP) sebagai Asesor Kompetensi Psikologi Forensik dan bersertifikat untuk Skema Kompetensi Psikolog Forensik.

Sabiqotul Husna, merupakan dosen tetap pada Program Studi Psikologi Fakultas Ilmu Sosial dan Humaniora Universitas Islam Negeri (UIN) Sunan Kalijaga Yogaykarta. Menyelesaikan pendidikan S1 Psikologi (2008-2012) di UIN Sunan Kalijaga dan pendidikan S2 Neuropsikologi (2017) di Maastricht University The Netherland. Saat ini menjadi *editorial team* Jurnal Psikologi Integratif UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta. Memiliki spesialisasi dalam bidang neuropsikologi, biopsikologi, psikologi eksperimen dan neuroscience. Merupakan penerima beasiswa Mora Scholarship 5000 Doktor (*for Overseas Master Degree Program*) dari Kementerian Agama Republik Indonesia. Menjadi Anggota PPI Belanda dan PPI Maastricht (2016-2017). Menghasilkan publikasi antara lain *Into the Mind of Terrorist & Violent-Extremist: A Neuroscience Perspective & Review on Radicalization* (Atlantis Press, 2020), Mengelola Stress Saat Bekerja Di Luar Negeri Dengan Tepat (Buletin Serantau, Publisher INFEST Yogyakarta & Pusat Sumber Daya Buruh Migran, UN Women, 2018), Kekuatan Karakter & Kesejahteraan Subjektif Penduduk Dewasa Muda Asli Yogyakarta; (Psikologika: Jurnal Pemikiran & Penelitian Psikologi, 2014). Pernah mengikuti internship di Laboratorium EEG Departmenen Neuropsikologi Maastricht University untuk belajar praktikal *Neuropsychological tests/instruments & Assessment* dan terlibat penelitian payung menggunakan *Electroencephalogram (EEG)*. Adapun penelitian terdahulunya (private non publikasi) meliputi *The Role of Age Differences and Individual Timing Capacity in Temporal Processing* (Maastricht University, 2017), *Does Different Noises Influence Information Processing Speed Greatly in Elder Compare to Younger Counterparts? A Study Into The Effect of Different Noises on DSST Performance* (Maastricht University, 2016). Dapat dihubungi melalui sabiqotul.husna@uin-suka.ac.id.

Santy Yulinar Pranawati, menjalani pendidikan S1 di Fakultas Psikologi Universitas Katolik Soegijapranata Semarang dan melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana pada kampus yang sama. Gelar Magister Profesi Psikologi dengan peminatan Klinis Anak diperoleh pada tahun 2007. Gelar Doktor di bidang Psikologi diperoleh dari Fakultas Psikologi Universitas Indonesia pada tahun 2020, dengan topik penelitian disertasi mengenai remaja yang terlibat prostitusi. Memiliki pengalaman bekerja menjadi psikolog di sekolah umum dan luar biasa, mengajar di beberapa perguruan tinggi di Jakarta, dan menjadi peneliti di bidang sosial. Hingga saat ini terus menekuni bidang penelitian dengan topik-topik yang berkaitan dengan bidang klinis, pendidikan, dan perkembangan maupun dengan ruang lingkup yang lebih makro, seperti masalah-masalah sosial kemasyarakatan. Selain mengajar dan meneliti, juga memiliki pengalaman menjadi narasumber dalam seminar, media cetak, dan media elektronik, serta melakukan publikasi dalam bentuk artikel ilmiah ataupun tulisan populer.

Sarah Aurelia Saragih, lahir di Lampung pada tahun 1999 dan besar di Pekanbaru. Melanjutkan studi Sarjana di Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran, saat ini menjadi mahasiswi semester 1 di jenjang Magister pada program studi Psikologi Profesi Klinis Anak & Remaja, Universitas Padjadjaran. Aktivitas selama berkuliah mulai tingkat Sarjana antara lain mengikuti Unit Kegiatan Mahasiswa (UKM) tingkat Universitas yang fokus dalam bidang debat Bahasa Inggris dan *public speaking*, melakukan penelitian, mengikuti program kepemimpinan XL Future Leaders, dan mengembangkan komunitas bagi saudara yang memiliki adik/ kakak berkebutuhan khusus. Juga aktif mengikuti lomba seperti debat Psikologi di beberapa Universitas di Indonesia dan merupakan Mahasiswa Berprestasi Ketiga di Universitas Padjadjaran pada tahun 2019. Pada bidang riset, terdapat 1 penelitian yang telah dipublikasikan yaitu "*Self-Regulated Learning for New Tertiary Students in the Bachelor of Psychology Degree Course*" (2018) pada ANIMA Indonesian Psychological Journal Vol 34. No.1, sedangkn dua artikelnya "*Self-Disclosure Description of 2ND Account Instagram User in Padjadjaran University Student, West Java*" (2018) dan "*The Relationship Between Make-Up Usage With Self-Esteem in Campus Among Women Students of Padjadjaran University*" (2018) dipresentasikan dalam konferensi internasional

AAICP 2018. Ia tertarik pada dunia perkembangan dan intervensi bagi anak berkebutuhan khusus terutama pada anak dengan spektrum autisme yang telah didalami dengan mengikuti pelatihan dasar metode *Applied Behavior Analysis* pada bulan Maret 2020. Bisa dihubungi melalui *e-mail*: sarah16013@mail.unpad.ac.id atau aurelsaragih@gmail.com serta www.linkedin.com/in/sarahas/.

Seger Handoyo, guru besar Psikologi Industri dan Organisasi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga. Lulus Sarjana Psikologi dari Program Studi Psikologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga tahun 1990, serta lulus Magister Psikologi tahun 1996 dan Doktor Psikologi tahun 2006 dari Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Pada tahun 1997 mengikuti pelatihan selama 10 bulan di Jerman tentang informasi pasar kerja. Menjadi anggota HIMPSI sejak lulus Pendidikan S1 Psikologi dan aktif sebagai pengurus HIMPSI sejak tahun 2001 sebagai pengurus salah satu kompartemen di Pengurus Wilayah HIMPSI Jatim. Pernah menjadi Ketua HIMPSI Jatim selama dua periode sebelum menjadi Ketua Umum Pengurus Pusat HIMPSI tahun 2014 sampai saat ini. Pernah juga menjabat sebagai Dekan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga (UNAIR) selama dua periode (2007 – 2015), yang sebelumnya menjabat sebagai Wakil Dekan Fakultas Psikologi UNAIR. Saat ini masih menjabat sebagai Ketua Badan Pertimbangan Fakultas (BPF) Fakultas Psikologi UNAIR. Bidang keahlian yang didalami adalah Kepemimpinan, Pengambilan Keputusan, Perilaku Kerja, dan Kompetensi. Bisa dihubungi di seger.handoyo@psikologi.unair.ac.id.

Shanty Komalasari, seorang Dosen dan Psikolog yang menamatkan kuliah S1 Psikologi dan S2 Magister Profesi Psikologi di Universitas Islam Indonesia Yogyakarta. Anak pertama dari tiga bersaudara yang lahir di Banjarmasin, 15 Februari 1983 – besar dan berproses di Kalimantan Selatan dan Yogyakarta. Menjadi dosen Psikologi Islam di UIN Antasari Banjarmasin sejak tahun 2015. Sejak kuliah S2 Profesi Psikologi sudah mulai aktif menjadi pembicara di berbagai kegiatan, *trainer,* motivator, dan asesor sampai sekarang. Selain itu juga sebagai pemilik konsultan psikologi @synergyconsultan.id sejak tahun 2014 di Kota Banjarbaru dan @lpt.global sejak tahun 2018 di Kota Banjarmasin. Di samping itu, kegiatan lainnya aktif sebagai konsultan HR di beberapa perusahaan di

Kalimantan Selatan. Aktif di dunia menulis sejak tahun 2015 dan mulai menulis penelitian ataupun artikel untuk jurnal, *proceeding*, dan buku. Sebagian besar penelitiannya adalah seputar Psikologi Industri dan Organisasi (PIO), beberapa tema penelitian yang pernah diangkat yakni terkait dukungan sosial, kualitas interaksi atasan dan bawahan, komitmen organisasi, prokrastinasi kerja, motif berprestasi, *character building training,* pengembangan kepribadian dan lain sebagainya. Pada tahun 2017 menjadi sekretaris Prodi Aqidah dan Filsafat Islam di UIN Antasari Banjarmasin dan tahun 2020 dipercaya menjadi Ketua Prodi Aqidah dan Filsafat Islam. Dapat melakukan korespondensi melalui Instagram pribadi @shanty_komalasari dan e-mail shantykomalasari.sk@gmail.com.

Sheilla Varadhila Peristianto, lahir di Sukoharjo pada 8 Juli 1993. Dosen psikologi di Universitas Mercu Buana Yogyakarta (2017-kini). Aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian (selama berkuliah-kini), penulisan karya tulis ilmiah (mulai 2014), pembicara atau narasumber seminar (2018-kini), dan keanggotaan beberapa organisasi profesi meliputi Asosisasi Psikolog Forensik, Ikatan Psikologi Klinis, Himpunan Psikologi Indonesia, *American Psychological Association* dan *Indonesian Approach Education* (2015-kini). Kegiatan profesionalnya dimulai sebagai asisten dosen, asisten psikolog, psikolog di rumah sakit, konselor karier di beberapa instansi (2018-kini). Saat ini aktif sebagai psikolog di Biro Layanan Psikologi SSC *Smart Solindo Consultama* dan di Rumah Sehat Baznas Yogyakarta. Bisa dihubungi melalui alamat e-mail: sheillavaradhila@gmail.com

Siti Khalimah, lahir di Pati, 1971. Saat ini menjawab sebagai Direktur Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza. Ia menyelesaikan S1 kedokteran di Universitas Diponegoro dan Magister Administrasi Rumah Sakit di Universitas Indonesia. Sebelum menduduki jabatannya sebagai Direktur P2MKJN, ia pernah menjadi Direktur Utama RSJ dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang (2018-2020), Direktur Medik dan Keperawatan RS. dr. H. Marzoeki Mahdi, Bogor (2016-2018), Kepala Bidang Medik RS. dr. H. Marzoeki Mahdi, Bogor (2011-2016), Psikiater di RS. dr. H. Marzoeki Mahdi, Bogor (2009-2011), serta menjadi dokter umum di RS. dr. H. Marzoeki Mahdi, Bogor (2004-

2005) dan RSJ Pontianak Kalimantan Barat (2001-2003). Beberapa pelatihan yang pernah diikuti adalah *Community Mental health Training*, Thailand (2014) dan Australia *Award Fellowship*, Melbourne, Australia: " *Mental Health Law and CRPD*".

Syurawasti Muhiddin, berasal dari Kabupaten Wajo, Sulawesi Selatan yang saat ini menempuh pendidikan Magister Psikologi di Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, dengan peminatan relasi sosial. Sebelumnya, Syura menyelesaikan pendidikan S1 Psikologi di Prodi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin Makassar. Beberapa tulisan-tulisan Syura yang dipublikasikan umumnya membahas topik-topik seperti psikologi sosial, psikologi keluarga, dan psikologi positif. Syura juga banyak mengkaji topik kesehatan mental dikaitkan dengan berbagai aspek, khususnya aspek sosial dan klinis. Syura dan rekan-rekannya pernah melakukan penelitian dalam bidang *cyberpsychology* yaitu tentang hubungan keterlibatan dalam *Online Support Group* dengan Peningkatan Literasi Kesehatan Mental. Hasil risetnya dipresentasikan dalam *Call for Paper* Lustrum V Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro pada bulan Agustus 2020. Syura merupakan salah satu *co-founder* dari Halo Jiwa Indonesia, komunitas promosi kesehatan mental yang berbasis di Makassar, dan saat ini masih aktif sebagai Sekretaris Umum. Syura pernah menjadi delegasi *Youth Engagement* dalam *WHO Global Meeting to Accelerate Progress on SDG Target 3.4 on Noncommunicable Diseases and Mental Health* di Muscat, Oman pada Desember 2019 lalu. Saat ini, Syura juga menjadi salah satu pengurus Mata Garuda, yayasan yang menaungi alumni dan *awardee* beasiswa LPDP Indonesia. Beberapa perspektif Syura dalam bentuk tulisan-tulisan dapat diaskses di www.syuramd.wordpress.com. Syura dapat dihubungi di syurawasti@gmail.com.

Tasqia Angelina, adalah salah satu mahasiswa di Fakultas Psikologi Universitas YARSI sejak 2017. Pendidikan terakhirnya adalah sekolah menengah akhir di salah satu SMA Negeri di Jakarta Utara. Saat ini Tasqia sedang menjalani penyusunan skripsi dengan tema penelitian resiliensi keluarga. Apabila ada pertanyaan yang ingin diberikan dapat melalui alamat e-mail tasqiaangelina@gmail.com

Tazkiya Nabila, adalah mahasiswa S2 Magister Sains Psikologi Universitas Diponegoro. Lahir pada 16 Juli 1994, Tazkiya menyelesaikan studi S1 pada tahun 2018 dari Universitas Negeri Semarang (Unnes). Saat ini Tazkiya aktif di Komunitas Psikologi Berbagi Semarang sebagai Staff Divisi Riset. Selain aktif dalam komunitas, Tazkiya juga bekerja sebagai pengajar di SD IT Haruniyah. Tazkiya pernah terlibat dalam penulisan buku dengan tema Psikologi Keluarga dan Psikologi Forensik, dan juga pernah mengikuti konferensi nasional dengan tema Psikologi Perkembangan.

Teguh Wijaya Mulya, adalah dosen di Fakultas Psikologi Universitas Surabaya. Memperoleh gelar sarjana psikologi dari Universitas Surabaya, ia melanjutkan pendidikan magister dan doktoralnya di Monash University, Australia, dan University of Auckland, Selandia Baru. Menggunakan perspektif psikologi diskursif, ia aktif menulis dan meneliti di berbagai isu sosial seperti gender, seksualitas, agama, neoliberalisme, dan *youth studies*. Karya-karyanya telah dipublikasi di berbagai jurnal international bereputasi, yang dapat dilihat di www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=56041963000 atau di scholar.google.com/citations?user=AE6S08EAAAAJ&hl=en&oi=ao. Ia dapat dihubungi melalui e-mail teguh@staff.ubaya.ac.id

Tjipto Susana, dilahirkan di Surabaya, 31 Januari 1969. Ia menyelesaikan S1, S2, dan S3 di bidang psikologi di Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada. Sejak tahun 1996 menjadi staf pengajar di Fakultas Psikologi, Universitas Sanata Dharma. Menjadi tim editor beberapa buku terbitan HIMPSI, yaitu "50 Tahun Himpunan Psikologi Indonesia (2010)", "Psikologi dan Teknologi Informasi (2016)", "Psikologi dan Pendidikan dalam Konteks Kebangsaan (2018), "Psikologi dan Integrasi Bangsa (2019)". Mengarang buku yang berjudul "Orang Sulit: Fakta dan Persepi" diterbitkan oleh percetakan Kanisius tahun 2014. Menulis publikasi ilmiah di jurnal nasional dan internasional antara lain : 1) Hall, B.J, Patel, A., Lao, L., Liem, A., Mayawati, E.H, & Tjipto, S. (2020). Structural validation of The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among Filipina and Indonesian female migrant domestic workers in Macao, Psychiatry Research; 2) Tjipto, S., Mayawati, E.H., & Bernardo, A.B.I. (2019). Perceived threat

of homosexuals in indonesia: construct, measurement, and correlates.Makara Hubs-Asia, 23(2), 181-193. DOI: 10.7454/hubs.asia.1111219; 3) Tjipto,S., & Bernardo, A.B.I (2019). Constraints in the meanings of lay theories of culture in a culturally homogeneous society: A mixed-methods study on multiculturalism and polyculturalism in Wonosobo, Indonesia. Cogent Psychology,6,1-23.DOI: 10.1080/23311908.2019.1569835.; 4) Bernardo, AB.I., Salanga, M.G.C., Tjipto, S., Hutapea, B., Khan, A., & Young, S.Y. (2019). Polyculturalism toward the continuing presence of former colonizers in four postcolonial Asian Socities. Frontiers in Psychology, 10, 1-13, DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01335; 5) Bernardo, A.B.I, Salanga, M.G.C., Tjipto,S., Hutapea, B., Yeung, S.S, & Khan, A. (2016). Contrasting Lay Theories of Polyculturalism and Multiculturalism: Associations with Essentialist Beliefs of Race in Six Asian Cultural Groups, Cross Cultural Research, 50 (3), 231-250. DOI: 10.1177/1069397116641895; 6) Tjipto,S., Parmadi, E., & Adi, P.S. (2015). Self Help Cognitive Behavior Therapy Program: Hope for individual with depression, Jurnal Psikologi, 42 (1), 76 - 96. DOI: 10.22146/jpsi.6944, URL: https://doi.org/10.22146/jpsi.6944. Tjipto Susana dapat dihubungi melalui e-mail: datus3@yahoo.com; tjiptos3@gmail.com; sus4n@usd.ac.id.

Wahyu Rahardjo, lahir di Jakarta, 15 Agustus 1979. Sekarang menjabat sebagai Ketua Pusat Studi *Cyberpsychology*, Universitas Gunadarma. Menamatkan jenjang pendidikan S1 dan S2 psikologi di Universitas Gunadarma, dan S3 di Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada pada tahun 2013. Wahyu pernah menjadi dosen tamu di Boras University, Swedia (November, 2019), serta saat ini membantu di Ikatan Psikologi Sosial (IPS) sebagai Koordinator *Working Group* untuk bidang Psikologi Teknologi dan Internet. Selain itu, Wahyu juga membantu menjadi *reviewer* di beberapa jurnal Sinta 2 (Humanitas, Jurnal Psikologi Sosial, Buletin Psikologi, dan Jurnal Psikologi UGM). Saat ini selain mengajar, Wahyu juga aktif meneliti riset-riset psikologi di bidang *cyberpsychology*, psikologi sosial dengan tema perilaku seks dan kesehatan reproduksi, serta psikologi positif. Aktif menjadi pemakalah di beberapa konferensi internasional dan nasional seperti di ARUPS di Bali (2019), Joint Conference UG-TU di Taskent, Uzbekistan (2018), International Conference on Education and Educational Psychology

(2015) di Istanbul, Turki, International on Global Education di Bangi, Malaysia (2014), International Asian Association of Indigenous and Cultural Psychology di Surakarta, Indonesia (2014), International Congress of Psychology di Cape Town, Afrika Selatan (2012), dan PESAT di Jakarta, Indonesia (2015). Beberapa risetnya telah diterbitkan di Procedia Social and Behavioral Sciences, Jurnal Psikologi UGM, Jurnal Psikologi Sosial, Buletin Psikologi, dan Psikohumaniora. Buku yang pernah ikut ditulis adalah "Psikologi pendidikan dengan pendekatan teori-teori baru dalam psikologi" (2016), dan beberapa bab di buku-buku seperti "Bahagia dan bermakna" (2020), "Psikologi positif: Teori dan terapan untuk perubahan" (2018), "Dari cinta menuju bahagia: Bunga rampai teori dan aplikasi teknologi" (2018), dan "Menongkah arus globalisasi: Isu-isu psikologi di Malaysia dan Indonesia" (2013).

Wiwin Hendriani, lahir di Blitar, 1978. Menyelesaikan S1 dan S2 Psikologi dari Universitas Gadjah Mada, memperoleh gelar Doktor dari Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Airlangga. Ia menjadabat sebagai Ketua Ikatan Psikologi Perkembangan Indonesia (IPPI) Periode 2019–2023 dan menjadi pembicara nasional di berbagai seminar, workshop maupun pelatihan dengan topik di seputar psikologi perkembangan, pengasuhan anak, resiliensi dan metode penelitian kualitatif. Beberapa buku dan sub-bab dalam buku yang telah ditulis secara mandiri maupun bersama tim antara lain: Psikologi Keluarga (2008); Melejitkan Soft Skill Mahasiswa (2009); Karena Kita Adalah Orangtua: Percikan Cerita Pengasuhan Anak (2015); Psikologi Perkembangan dan Pendidikan Anak Usia Dini: Sebuah Bunga Rampai (2016); Buku Seri Ke-2 Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa: Psikologi dan Teknologi Informasi (2016); Resiliensi Psikologis: Sebuah Pengantar (2018); Keterampilan Belajar untuk Mahasiswa (2018); Buku Seri Ke-3 Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa: Psikologi Pendidikan dalam Konteks Kebangsaan; dan Buku Seri Ke-1 Bunga Rampai Psikologi Perkembangan: Memahami Dinamika Perkembangan Anak (2019). Saat ini ia adalah dosen di Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, *blogger* (wiwinhendriani.com) dengan konten utama tulisan seputar resiliensi, psikologi perkembangan, pengasuhan anak, dan juga metode penelitian kualitatif. Wiwin Hendriani dapat dihubungi melalui: wiwin.hendriani@psikologi.unair.ac.id.

Yasinta Astin Sokang, adalah dosen dan peneliti di Fakultas Psikologi Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA) Jakarta. Astin lahir di Ruteng, Flores pada tahun 1985. Ia menempuh S1 Psikologi di Universitas Sanata Dharma, Jogjakarta pada tahun 2004. Setelah lulus pada tahun 2008, ia bekerja sebagai asisten psikolog dan konselor adiksi di Pusat Rehabilitasi Kedhaton Parahita di Sentul City selama 2 tahun. Pada tahun 2010, Astin menempuh program Magister Profesi Psikologi di Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta hingga 2012. Setelah kelulusannya, Astin pindah ke Jakarta dan bekerja di UKRIDA sebagai dosen. Ia juga pernah menjabat sebagai sekretaris pada Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM) UKRIDA sejak 2012-2016. Astin kemudian melanjutkan studinya pada jenjang doktoral di *Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University*, Belanda sejak 2016 hingga kelulusannya di bulan Mei 2020. Proyek penelitian S3 tersebut sepenuhnya dibiayai oleh Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP), Kementrian Keuangan, Republik Indonesia. Sekembalinya ke Indonesia, Astin tetap melanjutkan penelitian S3-nya yang lebih banyak berkonsentrasi pada isu perubahan perilaku/kebiasaan, perilaku hidup sehat, promosi kesehatan, dan intervensi kelompok/komunitas dengan menggunakan pendekatan Pemetaan Intervensi/*Intervention Mapping*.

Yohana Christina, menyelesaikan studi S1 di UNIKA Soegijapranata Semarang, serta menyelesaikan studi S2 di Magister Profesi Psikologi Klinis Anak & Remaja Universitas Padjadjaran Bandung dengan tesis mengenai Taijin Kyofusho (suatu bentuk kecemasan sosial terkait budaya). Saat ini Yohana aktif berpraktik sebagai Psikolog Anak & Remaja di Semarang. Yohana juga mendirikan dan mengoordinir Komunitas Psikologi Berbagi Semarang sejak tahun 2014 hingga saat ini. Penelitiannya tentang Taijin Kyofusho telah dipublikasikan dalam *Proceeding International Conference on Biopsychosocial Issues (ICPSY) 2018* dan dipresentasikan pada *Asian Conference of Psychology & Behavioral Sciences* (ACP) 2017. Saat ini fokus penelitiannya adalah kecemasan sosial, pendekatan kognitif, dan pendekatan komunitas.

Yohanes Heri Widodo, lahir di Magelang, 10 Maret 1976. Menyelesaikan studi S1 di Unika Soegijapranata tahun 2000 kemudian menjadi staf pengajar

di Fakultas Psikologi, Universitas Sanata Dharma Yogyakarta. Pada tahun 2007, menyelesaikan studi S2 pada Program Magister Profesi Klinis Dewasa, Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia. Pada tahun 2019, menyelesaikan studi S3 pada Program Doktoral, Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada. Sepulang dari studi doktoralnya, menjadi staf pengajar di Program Studi Bimbingan dan Konseling, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Universitas Sanata Dharma. Minatnya adalah Psikologi Relasi Interpersonal dan Intergroup serta Psikologi Agama dan Spiritual. Bisa dihubungi lewat e-mail: heripsy@gmail.com

Yuditia Prameswari, Psikolog alumni Universitas Surabaya (Ubaya) Jawa Timur yang saat ini menjadi Staf Pengajar di Program Studi Psikologi Universitas Batam. Selain melakukan Tri Darma Perguruan Tinggi sehari-hari juga berpraktik dan menjadi *associate partner* di beberapa perusahaan seperti PT. Tunaskarya Indoswasta Batam. Juga aktif sebagai Anggota Himpunan Psikologi Indonesia Wilayah Kepulauan Riau sebagai Koordinator Bidang Pengembangan Profesi (www.himpsikepri.org). Tahun 2019, penelitiannya yang berjudul Peran *Gratitude* terhadap *Psychologycal Well-Being pada Tenaga Kesehatan* bersama dengan rekannya Ulpawati yang juga lulusan Magister Sains Psikologi, mendapatkan Hibah Penelitian Kompetitif Nasional Kategori Skema Penelitian Dosen Pemula (PDP) dari Direktorat Riset & Pengabdian Masyarakat Kementrian Riset, Teknologi & Pendidikan Tinggi. Bisa dihubungi melalui alamat e-mail: yuditia.p@univbatam.ac.id

Zakaria Anshari, lahir pada tanggal 27 Mei 2000 dan besar di Pontianak. Kemudian memutuskan untuk menimba ilmu di program S1 Psikologi Universitas Padjadjaran dengan beasiswa dari Kemdikbud RI melalui program Beasiswa Unggulan 2018. Dalam dua tahun pertama kuliahnya, secara berturut-turut mendapatkan penghargaan Mahasiswa Berprestasi II Fakultas Psikologi Unpad Tahun 2018 & 2019. Di samping menikmati pelajaran di kelas, melakukan beberapa kerja paruh waktu, mulai dari menjadi Project Handler di Biro Psikologi PT. Hitam Putih Sandiatma (HiBo), Fasilitator di Kelas Bermain Tepuk Riang, hingga menjadi Penulis Konten di Satu Persen Edukasi. Juga menaruh minat pada bidang riset. Dua penelitiannya dipresentasikan dalam konferensi internasional

dan nasional. Yang pertama berjudul *Psychological Well-Being of Bidikmisi Students,* dipresentasikan dalam Universitas Indonesia Psychology Symposium (2019) for Undergraduate Research. Yang kedua berjudul Literasi Kesehatan Mental Mahasiswa Universitas Padjadjaran, dipresentasikan dalam Konferensi Mahasiswa Psikologi Indonesia (2020). Sesekali juga mengikuti kompetisi mulai dari esai, poster, hingga debat. Salah satu pencapaiannya adalah menjadi Juara 1 dan Pembicara Terbaik pada Lomba Debat Psychofest 2019. Selain itu, juga aktif dalam kegiatan kesukarelawanan. Terbaru, menjadi fasilitator dalam program dukungan psikologis dasar Inside Out yang dinaungi oleh Universitas Indonesia. Sebelumnya, pernah menjadi Manajer Bidang Konten dan Kreatif Sehatmental.id. Terakhir, berpartisipasi dalam program Youth Live In yang diadakan oleh Save the Children berupa tinggal bersama anak dengan disabilitas untuk kemudian mengadvokasikan hak-hak mereka. Semua kegiatan itu berada dalam sebuah rencana jangka panjang untuk berkontribusi bagi masyarakat melalui psikologi, khususnya psikologi pendidikan. Dapat dihubungi melalui zakaria18001@mail.unpad.ac.id dan linkedin.com/in/zaka27/

Indeks

A

B

C

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

X

Y

Z


HIMPSI



Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) sebagai organisasi induk bagi mahasiswa, psikolog dan ilmuwan psikologi di Indonesia terus berupaya hadir memberikan kontribusi pemikiran serta solusi bagi persoalan bangsa. Kompartemen 5 - Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa dan Kompartemen 6 - Riset dan Publikasi, adalah salah satu bagian di dalamnya yang berperan mengejawantahkan semangat tersebut melalui tulisan-tulisan di media ilmiah (Psikologi Indonesia) dan media populer (buku).

Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa merupakan terbitan berkala tematik yang berisi tulisan para psikolog, ilmuwan psikologi dan sahabat komunitas psikologi di Indonesia. Ditulis dari beragam khazanah pengetahuan dan pengalaman di dunia psikologi maupun disiplin lain yang digelutinya, disertai gagasan konkret untuk melaksanakannya. Edisi kali ini mengambil topik Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia.

Tim Editor:

- Tjipto Susana
- A. Supratiknya
- Juneman Abraham
- Rahkman Ardi

ISBN 978-623-95917-0-0

